310

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904 **THÈSE** N° –

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 4 Mai 1904 à 1 heure.

PAR

Joseph BARBARY

de la Faculté de Paris
Ancien Interne des Hôpitaux d'Angers
Ancien Prosecteur
Lauréat de l'Ecole de Médecine
Lauréat des Hospices d'Angers

ESSAIS

Sur le Traitement chirurgical

DU

CANCER DU GROS INTESTIN

(Rectum excepté)

Président : M. TILLAUX, *professeur.*

Juges : M. KIRMISSON, *professeur.*
MM. BROCA (Aug.), MAUCLAIRE, *agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
H. JOUVE
15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	HAYEM.
Clinique médicale	DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND TILLAUX.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER.
Clinique ophtalmologique	De Lapersonne
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA TOURETTE	LEPAGE	THIERY
BESANÇON	GOSSET	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOUGET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.).	GUIART	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	HARTMANN	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	JEANSELME	REMY	WALTHER
CUNEO	LANGLOIS	RENON	WIDAL
DEMELIN	LAUNOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LEGRY	RIEFFEL (chef des travaux anat.)	
DUPRE			

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A CELLE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES FRÈRES

A MES TANTES

A MES ONCLES

A MES AMIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

Souvenir d'excellentes relations
et d'années heureuses passées
à l'Hôtel-Dieu d'Angers.

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

ET DE L'HOTEL-DIEU D'ANGERS

A MES PROFESSEURS DE LA FACULTÉ

DE MÉDECINE DE PARIS

Hommage respectueux.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien des Hôpitaux.
Membre de l'Académie de Médecine.
Commandeur de la Légion d'Honneur.

AVANT-PROPOS

Au moment de terminer mes études médicales, c'est pour moi un agréable devoir d'adresser mes remerciements à tous mes maîtres de l'Ecole de Médecine d'Angers pour l'intérêt sympathique qu'ils n'ont cessé de me témoigner.

Je remercie M. Legludic, directeur de l'Ecole, de la bienveillance dont il ne s'est jamais départi à mon égard, durant ces quelques années passées à l'Ecole de médecine d'Angers. Qu'il reçoive l'expression de ma reconnaissance.

Je dois également des remerciements spéciaux à MM. Monprofit, Tesson, Thibault, Boquel, Jagot, dont j'eus l'honneur d'être successivement l'interne. J'ai pu apprécier combien leur enseignement hospitalier était utile et fécond, et je leur rends grâce de l'amabilité avec laquelle ils m'ont fait profiter largement de leur longue expérience et de leurs savantes leçons.

Je dois également une vive reconnaissance à MM. Bahuaud, Brin, Mareau, Papin, Roguet, Royer, qui m'ont initié aux difficultés des diverses sciences médicales.

M. Martin me permettra cependant de lui adresser très particulièrement l'expression de ma gratitude pour ses démonstrations anatomiques, théoriques et pratiques faites à l'amphithéâtre avec une habileté et une science très remarquables, et une complaisance vraiment infatigable.

M. Monprofit surtout a droit à toute ma reconnaissance. Successivement stagiaire, puis interne dans son service, il n'a cessé de me prodiguer des marques de sa bienveillante sympathie ; dernièrement encore il a eu la bonté de me confier les observations, point de départ de cette thèse, et de me guider de ses savants conseils au cours de ce travail. Je suis heureux de lui exprimer mes plus sincères remerciements.

Que M. le Professeur Tillaux veuille bien agréer l'expression de ma reconnaissance pour le grand honneur qu'il me fait en acceptant la présidence de ma thèse.

ESSAI

SUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

DU

Cancer du Gros Intestin

(Rectum excepté)

INTRODUCTION

Avant de commencer l'étude du traitement chirurgical du cancer du gros intestin, il est indispensable de préciser autant que possible ce que les chirurgiens comprennent sous cette dénomination.

Avec R. De Bovis, par cancer du gros intestin, nous entendons toutes les tumeurs malignes (épithéliome, carcinome, sarcome, lymphadénome) qui prennent naissance sur le gros intestin, depuis, et y compris la valvule iléo-cœcale, jusqu'au rectum exclu-

sivement. L'anatomie générale, et l'histologie, pourraient à la rigueur s'élever contre cette conception et la regarder comme arbitraire; la valvule de Bauhin n'est, en effet, qu'une invagination de l'iléon dans le cœcum et les cancers qui s'y développent envahissent aussi souvent l'intestin grêle que le gros intestin; mais ces considérations anatomiques d'ordre tout théorique doivent s'effacer devant les conceptions pratiques du traitement. Puisque le cœcum est constamment plus ou moins atteint, on a le droit de ne pas séparer les deux affections unies en réalité pathologiquement, et justiciables des mêmes méthodes chirurgicales.

Du côté du rectum, la limite précise est encore plus difficile à établir chirurgicalement. Les anatomistes depuis quelques années ont en effet reculé les limites du gros intestin aux dépens du rectum. Tous les auteurs classiques s'accordent aujourd'hui à le faire commencer au point exact où le péritoine commence à abandonner les faces latérales de cet organe, c'est-à-dire au niveau de la troisième vertèbre sacrée.

Les chirurgiens n'ont pu descendre aussi bas leurs interventions dans la cavité pelvienne ; et une division anatomique aussi tranchée, entre les néoplasmes de l'extrémité inférieure du gros intestin, et ceux de la partie supérieure du rectum, devait forcément dans la pratique chirurgicale être abandonnée de tous. Il est alors plus simple, mais moins scientifique, de considérer comme cancers du colon pelvien

tous ceux opérés par l'abdomen, et de rejeter ceux opérés par la voie ano-rectale quelque soit le procédé employé (Kraske et ses dérivés), ou mixte (procédé Quénu par exemple).

Cependant R. De Bovis admet encore que l'on conserve comme cancer du colon, les tumeurs opérées par les voies naturelles qui, primitivement plus haut situées, sont devenues à la longue accessibles au bistouri du chirurgien par prolapsus et invagination dans le vagin ou le rectum. Les interventions nécessitées par ces tumeurs du gros intestin à évolution spéciale sont tout à fait dissemblables des autres, et avec beaucoup de chirurgiens nous les négligerons dans l'étude du traitement chirurgical du cancer du gros intestin.

Les limites ainsi précisées, nous laisserons de côté les cancers du rectum, dont la pathologie et la chirurgie, par suite de la situation presque complétement extra-péritonéale de l'organe, forment une étude absolument spéciale. Notre intention n'est pas de faire un exposé complet du traitement du cancer des côlons, mais d'apporter quelques notes à l'étude de ce dernier et quelques observations nouvelles que notre maître, M. Monprofit, a bien voulu nous confier.

Après avoir fait succinctement l'historique de la question, nous exposerons rapidement les divers procédés opératoires appliqués autrefois et encore appliqués aujourd'hui à la cure du cancer du gros intestin. Nous passerons rapidement en revue les

méthodes palliatives (entérostomie, anus artificiel, exclusion), pour nous étendre davantage sur le traitement véritablement curateur, c'est-à-dire la résection du gros intestin. Nous suivrons, autant que possible dans l'étude des divers procédés la même division. Après avoir défini d'une façon aussi précise que possible la nature de l'intervention, nous étudierons le manuel opératoire en insistant spécialement sur celui que nous avons vu suivre par notre maître, M. Monprofit. Suivront quelques considérations sur le choix et les avantages des procédés variés et les indications de chacun d'eux. Nous terminerons ce travail par l'exposition détaillée du manuel opératoire que suit le professeur Monprofit dans l'entérectomie.

HISTORIQUE

L'histoire du cancer du gros intestin, dit De Bovis, tient presque tout entière dans ce siècle. C'est Reybard de Lyon qui pratiqua en France, en 1843, la première résection de gros intestin ; le monde médical fut très ému le jour où il vint raconter qu'il avait réséqué et guéri un cancer siégeant à l'union de l'S iliaque et du côlon descendant. Le succès de Reybard fit beaucoup de bruit à cette époque, mais d'après Jobert de Lamballe nommé rapporteur du mémoire de Reybard à l'Académie de Médecine, c'est à Richerand que la première intervention de ce genre devrait être attribuée. L'insuccès de l'opération fit que son auteur resta muet.

Cependant Peyrot, dans sa thèse d'agrégation de 1880, a rapporté les interventions des anciens, de Praxagoras de Cos et de Léonidès d'Alexandrie, interventions pratiquées sur le ventre, et où le cancer du gros intestin pouvait bien être en cause. Mais, comme le remarque Lardennois, ce n'est guère que la pratique des autopsies qui permit d'apprendre à reconnaître le cancer du gros intestin. Pendant le

XVIII[e] siècle et la première moitié du XIX[e], le cancer intestinal est complétement laissé de côté, comme peu intéressant. Les anatomistes Cruveilhier, Sappey, puis les histologistes, l'étudient cependant à un point de vue exclusivement scientifique. De temps en temps, les Sociétés de Médecine reçoivent quelques communications d'observations cliniques le concernant. Moissenet, Ducros, Peacok, Goquë, Macquet, Gros, Lefeuvre, Lacaze, Duthiers, Monod.

C'est à ce moment que la communication de Reybard vint d'une façon retentissante créer la question du traitement du cancer du gros intestin, mais la discussion fut aussi brusquement fermée qu'elle avait été ouverte. Le chirurgien lyonnais dont nous admirons aujourd'hui l'audace en ces jours peu antiseptiques, fut condamné sans retour; et pendant de longues années il ne fut plus question du traitement curateur du cancer de l'intestin.

Plus tard, avec les perfectionnements apportés par Nélaton à l'entérostomie, les chirurgiens espérèrent devenir possesseurs d'une méthode sinon curative, du moins palliative. Les résultats ne furent pas éblouissants tant s'en faut ; Peyrot dans sa thèse d'agrégation et Oscar Bloch dans son mémoire nous montrent bien les échecs successifs de cette époque. Aussi Desprès, en 1874, pouvait-il déclarer que « le traitement du cancer du gros intestin serait calqué sur celui du cancer de l'estomac, c'est-à-dire qu'il serait aussi inefficace dans un cas que dans l'autre ».

Malgré ce « classement » de l'affaire par Desprès,

comme dit De Bovis, les anatomistes et les pathologistes entreprennent une étude complète de la maladie. Il faut citer à cette époque, les remarquables travaux de Leichtenstern, Maydl, Williams à l'étranger ; en France ceux de Haussmann, de Du Castel.

La thèse de Peyrot en 1880, donne un aperçu général de tous les efforts tentés jusque-là, et nous révèle l'impuissance de la vieille chirurgie, entravée dans son essor par une cause mystérieuse qui lui échappait, et qu'elle ne pouvait pas connaître.

Après les découvertes pasteuriennes, et l'ouverture consécutive de la période antiseptique, la chirurgie devient très vite agressive. Güssenbauer, Sehede (1878) ; Baum, Guyon, Czerny (1880), Billroth, Fischer, Kraussold (1881), Maydl (1883), malgré un grand nombre de tentatives malheureuses, pratiquent des résections d'intestin pour cancer. D'après De Bovis, le premier succès opératoire est celui de Güssenbauer et de Martini en 1880.

Depuis cette époque, que nous pouvons considérer comme la date de la naissance du traitement chirurgical du cancer du gros intestin, les essais n'ont fait que se multiplier, et les succès se font de plus en plus nombreux, à mesure que les méthodes opératoires elles-mêmes deviennent plus rationnelles, mieux établies, et plus appropriées à chaque cas. Les publications dans les diverses Sociétés de Chirurgie se succèdent nombreuses et importantes, surtout en Allemagne. Nous pouvons citer particulièrement celles de Billroth, Wœlfler, Czerny, Trende-

lenburg, Bier, Kronlein, Korte, Hahn, Hochenegg, Eiselsberg, Baracz, Bergmann, Knester, Lanenstein, Michels ; en Angleterre ou en Amérique, celles de Allingham, de Trèves, Paul Thompson, Senn, Murphy, Lilienthal, Musser, Weir ; en Italie, Storchi ; en Hollande von Iterson et van der Hœven ; en Danemark, Bloch et Studsgaard ; en Suède Lennander, Carlson, Borelius ; en Russie, Pavlovf, Borhanhaupt, Veljaminovf, Vassilievf, Sklifossovsky ; en Pologne, Kosinski ; en France, nous avons pendant ce temps les travaux de Camus, Bœckel, Reverdin, Jalaguier, Tillaux, Péan, Auger, Artus, Chaput et plus récemment, les observations de Nélaton, Monprofit, la thèse de son élève Pellier et celle de Lardennois en 1899. La plupart de ces travaux visent le manuel opératoire et règlent l'intervention ; très peu parlent de l'anatomie pathologique et de l'étude clinique, aucun ne constitue un travail d'ensemble.

Il faut arriver à R. De Bovis qui, en 1900, publie dans la *Revue de la Société de chirurgie de Paris,* une étude complète sur le cancer du gros intestin. L'étude histologique du cancer, ses diverses variétés et formes ; les procédés opératoires sont décrits longuement par l'auteur et résument l'état de la question en 1900.

Le congrès de chirurgie de 1903, a précisé si c'est possible encore les indications et les résultats opératoires, en même temps qu'il est venu mettre en lumière de nouveaux procédés palliatifs et curatifs, en particulier les diverses variétés d'exclusion.

Très récemment, en février 1904, le professeur Monprofit fait paraître sur la question un mémoire très documenté intitulé : *Chirurgie du gros intestin.* Les diverses méthodes opératoires y sont décrites les unes après les autres ; et avec sa clarté habituelle l'auteur montre les avantages, ou les lacunes de chacune d'elles. Il expose de plus une méthode toute nouvelle qu'il intitule : *Exclusion avec drainage à l'intestin*, ou le *Tout à l'intestin*, et sur laquelle il avait déjà attiré l'attention des chirurgiens au congrès d'octobre 1903. Nous aurons à en parler longuement au cours de ce travail.

Cependant malgré des travaux français assez nombreux, surtout depuis 1900, nous pouvons remarquer avec De Bovis que la chirurgie du gros intestin est surtout l'œuvre des chirurgiens allemands.

« Certainement, il semble que nos maîtres ont fait montre de quelque timidité. Mais à Dieu ne plaise que nous les en blâmions ; jusqu'à ces toutes dernières années la question du cancer intestinal était loin d'être mûre ». Or, comme le disait Peyrot en 1880, avec infiniment de justice, la chirurgie française est fort soucieuse de la vie de ses malades. Ses scrupules ne nuisent nullement aux progrès, ils sauvent simplement bien des malades qu'on offre parfois en victimes, sur l'autel de la science.

DIVISION

Le traitement chirurgical du gros intestin peut être *palliatif* ou *curatif*.

Palliatif il se propose, soit de donner une issue rapide, immédiate aux matières fécales :

1° En abouchant l'intestin à la peau d'une façon transitoire (entérostomie, colostomie), ou d'une façon définitive : anus contre-nature ;

2° Soit de rétablir le cours naturel des matières en contournant l'obstacle par l'anastomose pure et simple de deux anses intestinales prises l'une au-dessus, l'autre au-dessous de l'obstacle (entéro-anastomose de Maisonneuve) ;

3° Ou bien en sectionnant l'intestin complétement au-dessus de la tumeur et en abouchant l'anse sectionnée et mobilisée en aval de la lésion, c'est l'exclusion et ses nombreuses variétés.

Curatif, *radical*, il consiste à enlever la tumeur tout entière et à rétablir ensuite la continuité du tube intestinal, c'est la résection, suivie d'anastomose ou d'exclusion, comme le pratique et l'enseigne le Professeur Monprofit.

TRAITEMENT PALLIATIF

Colostomie.

(Entérostomie de Nélaton).

L'entérostomie ou opération de Nélaton est l'ouverture de l'intestin pratiquée après fixation de celui-ci à la peau. Elle est faite dans le but d'évacuer rapidement les matières fécales qui distendent l'abdomen, et de parer aux accidents aigus d'occlusion. C'est au premier chef une opération d'urgence que tout médecin doit savoir pratiquer. Elle est essentiellement destinée à créer à une dérivation temporaire, une voie d'attente qu'on fermera plus tard, ou du moins que l'on doit toujours tenir comme provisoire et réaliser dans ce but.

Grâce à ces deux caractères d'urgence et de provisoire, la colostomie se différencie nettement de l'anus contre nature, et elle reste encore aujourd'hui une ressource précieuse dans certains cas où la laparotomie (méthode d'élection) ne peut être pratiquée et cela pour des raisons qui sans être des raisons de

doctrine n'en sont pas moins réelles, mauvais milieu, manque d'aides, d'outillage et d'expérience.

La colostomie peut se faire selon le siége du cancer, sur l'S iliaque, le côlon transverse, le cœcum. En règle générale, en présence d'un ventre uniformément ballonné, et en l'absence de renseignements précis, le lieu d'élection est la fosse iliaque droite au niveau du cœcum. L'intestin ouvert est fixé à la peau sur une petite étendue et sans former d'éperon.

La fistule stercorale qui en résulte, permet aux matières de s'écouler librement au dehors et par elle, et par l'anus naturel si l'obstruction vient à céder ; et plus tard, la cure en sera d'autant plus facile au cours même d'une opération radicale, que cette fistule sera plus petite, et aura de ce fait même plus de tendance à s'oblitérer spontanément.

ANUS CONTRE NATURE

L'anus contre nature se distingue nettement de l'entérostomie de Nélaton par la méthode opératoire, et le but à atteindre. On ne cherche pas ici à ménager l'intestin, à créer une petite bouche facile à obturer plus tard, mais bien au contraire à établir une ouverture large et définitive. Dans la pratique, il est vrai, l'anus contre nature n'est souvent que le premier temps d'une intervention plus radicale, et de la confusion des résultats est née la confusion des deux méthodes opératoires.

L'anus contre nature peut être fait comme la colostomie en un point quelconque du gros intestin suivant le siége de la lésion. Le lieu d'élection est l'S iliaque.

Au point de vue opératoire l'anus contre nature peut être fait en un temps ou en deux temps.

En un temps s'il y a urgence de donner libre cours aux matières fécales. Le ventre ouvert, on explore l'abdomen, et l'on va à la recherche de l'S iliaque. Si l'on ne trouve pas cette anse intestinale du premier coup, comme l'a conseillé Verneuil, c'est vers la symphyse sacro-iliaque droite et le promontoire qu'il faut aller la chercher, l'attirer doucement au dehors et la fixer de la façon suivante : Une série de points en anse la réunit au péritoine pariétal, aux deux extrémités supérieure et inférieure et au niveau de la partie moyenne, les sutures sont menées très près de l'attache mésocolique à un centimètre tout au plus du bord adhérent ; de la sorte, on est certain d'obtenir un fort éperon qui rendra impossible le passage des matières dans le bout inférieur.

On se trouvera bien, pour plus de sécurité, de suturer l'intestin non seulement au péritoine, mais aussi aux muscles et aponévroses. Ceci fait, il ne reste qu'à ouvrir l'intestin, soit aux ciseaux ou au bistouri, et de suturer les lèvres à la peau par des points séparés.

En deux temps, si la situation ne paraît pas trop urgente, le malade pas trop intoxiqué. Selon le procédé de Maydl-Reclus, il suffit d'attirer au dehors l'anse choisie, et de passer à travers le mésentère

une baguette de verre sur laquelle l'intestin repose à cheval ; d'autres passent un tube de caoutchouc rigide aseptique ou comme Hartmann une compresse aseptique roulée.

De toutes façons l'éperon est très accentué et les matières ne peuvent franchir cette opercule artificiel. D'autres chirurgiens dans le même but, ont apporté quelques modifications.

Le professeur Monprofit taille fort ingénieusement un lambeau cutané qu'il rabat au travers du mésentère et suture à la lèvre de la plaie du côté opposé.

La baguette de verre et le tube de caoutchouc et la compresse sont remplacés très avantageusement ici par cet obstacle vivant et définitif. Pour plus de sécurité, on peut encore unir l'S iliaque aux lèvres de la plaie par quelques points de suture, mais la plupart du temps cet excès de précaution est inutile ; des adhérences suffisantes s'établissent rapidement entre l'intestin ainsi hernié et le péritoine pariétal.

24, 36 ou 48 heures après, selon les cas, on ouvre l'intestin comme plus haut et on suture également les lèvres à la peau.

On a voulu introduire dans la pratique pour éviter l'infection de la plaie et les divers ennuis de l'anus contre nature, l'usage de tubes de caoutchouc de gros volume enfoncés dans l'intestin presque à plein calibre pour drainer les matières au dehors. F. T. Paul va plus loin. Il conseille l'emploi d'un tube de verre trouvé par lui sur lequel on lie l'intestin à l'une des

extrémités, l'autre est mise en communication avec un appareil aspirateur ou à un siphon. La plaie et la peau du malade sont aussi à l'abri de contamination et d'irritation septique.

Jusqu'à ce jour cependant ces procédés sont peu employés par les chirurgiens ; d'aucuns même les trouvent inutiles et dangereux.

Le procédé de Von Hacker peut rendre quelques services, surtout si l'on veut avoir un anus contre nature continu. Celui de Hartmann proposé à la Société de Chirurgie en 1903, réalise les mêmes desiderata et nous avons vu ces jours derniers M. Monprofit le mettre en pratique.

Après avoir incisé l'aponévrose du grand oblique, avec la pointe d'une sonde cannelée, il est facile de trouver un interstice et de dissocier les fibres du grand oblique parallèles à la plaie : deux écarteurs les tirent l'un vers l'ombilic, l'autre vers l'épine iliaque antéro-supérieure ; les fibres du petit oblique apparaissent dessous transversales, par conséquent presque perpendiculaires à la direction des autres, ainsi que celles du transverse ; à la sonde cannelée on trouve ou l'on crée facilement un interstice musculaire ; deux écarteurs dirigés perpendiculairement aux deux premiers les séparent à leur tour, et c'est par cette ouverture carrée toute musculaire que l'on fait sortir l'intestin. Hartmann par ce procédé aurait obtenu de très bons résultats. « Les malades opérés de cette manière tout en n'ayant pas un véritable sphincter ont cependant un orifice fermé dans une

certaine mesure. Le doigt introduit dans l'anus est serré pendant la traversée de la paroi abdominale. Quelques malades rendent des gaz avec un léger bruit et un certain nombre présentent avant l'évacuation une sensation de tension qui les prévient de la venue d'une garde-robe ».

Nous ne parlerons pas de l'anus lombaire ; depuis 1885 les travaux de A. Verneuil et de P. Reclus l'ont fait définitivement rejeter pour adopter l'anus iliaque.

Le procès de l'anus contre nature a été fait bien des fois.

En dehors des complications immédiates consécutives à l'intervention, telles que : péritonite suppurée, épanchement de matières dans le ventre (cas de Luys), phlegmon stercoral (cas de Staffel et de De Bovis) on note encore des complications à longue distance, l'éversement de la muqueuse et le prolapsus de l'intestin (cas d'Israël par exemple), l'incontinence de l'anus et l'oblitération des parties voisines, continuellement en contact avec des produits irritants, le rétrécissement fibreux et la fermeture de l'orifice sont souvent dus à un défaut de technique ; l'éperon imparfait forme une valvule insuffisante qui n'empêche pas l'anus naturel de fonctionner concurremment avec l'anus artificiel, d'où rétrécissement progressif de ce dernier.

De plus, l'anus contre nature constitue une infirmité répugnante, un pis aller auquel on ne peut avoir recours que forcé par la nécessité.

D'ailleurs, les statistiques de cette intervention en apparence très bénigne ne sont pas faites pour encourager les chirurgiens.

Celle de De Bovis sur 101 cas, relève 38,6 morts.

Avant 1889. . . . . 52. 9 pour 100 :
Depuis 1889. . . . . 35. 6 pour 100.

Celle d'Oscar Bloch, sur 90 cas, 56 pour 100.

Ces statistiques sont sans doute un peu noircies ; on ne tient pas compte assez des interventions dans lesquels l'anus artificiel a été le premier temps d'une opération plus complète, mais malgré cette restriction en faveur de la méthode, l'anus contre nature reste chargé d'une forte léthalité la cause en est bien simple et toujours la même : le malade est toujours opéré trop tard au moment où la stercorémie a déjà fait des ravages irréparables ; la mort continue son œuvre, l'indication remplie.

L'anus contre nature, même fait à temps, ne donne pas une survie très considérable. De Bovis la fixe à 10 mois en moyenne. Quelques cas ont été très heureux, en particulier la malade de Staffel qui reste pendant deux ans et demi si bien portante, qu'elle allait en société au théâtre, dansait et s'amusait sans plus songer à son cancer que s'il n'avait jamais existé.

Quoiqu'il en soit, la colostomie et l'anus contre nature n'ont plus aujourd'hui que des indications très restreintes. Ils peuvent parer aux accidents d'occlusion aiguë et dans ce cas en l'absence de signes

certains d'incurabilité future de l'obstacle il faut donner ses préférences à la colostomie.

L'anus artificiel, définitif, permanent sera la méthode de choix, au contraire, ou plutôt de nécessité en cas de cancer du rectum ou du côlon pelvien propagé au rectum.

Dans tous les autres cas, de nouvelles méthodes permettent d'employer les voies naturelles pour rétablir le cours des matières fécales.

Entéro-anastomose de Maisonneuve.

L'entéro-anastomose consiste dans l'abouchement latéral des segments du côlon, situés au-dessus et au-dessous du néoplasme (colo-colostomie) ; l'anastomose peut être pratiquée à proximité et mieux à une certaine distance du foyer cancéreux. Selon l'étendue et les adhérences de la tumeur, on pourra exécuter la cœco-colostomie, la colo-colostomie, l'iléo-colostomie (opération de Maisonneuve), à proprement parler, et l'entéro-rectostomie. Dans aucun cas, on ne fait de section totale du calibre de l'intestin, ce qui distingue nettement au point de vue opératoire, cette intervention des diverses méthodes d'exclusion couramment employées aujourd'hui.

Pour exécuter l'anastomose, on emploie généralement la méthode des sutures; on peut utiliser aussi les plaques de Senn, le bouton de Murphy ou autres,

construits dans le même but. Pour les diverses variétés d'anastomoses, le manuel opératoire est le même et on peut employer indifféremment l'une des méthodes ci-dessus énumérées, sauf lorsque le cancer siège sur le côlon pelvien. « Le cancer du côlon pelvien, dit Quénu, présente des particularités résultant de la situation et de la disposition de l'organe. »

Le côlon pelvien comprend trois portions bien distinctes : deux segments extrêmes d'origine et de terminaison, un intermédiaire, c'est l'anse pelvienne proprement dite ou anse sigmoïde ; à cette division anatomique correspondent trois classes de néoplasmes pelviens :

Cancer ilio-pelvien ou cancer supérieur ;

Cancer de l'anse sigmoïde, cancer moyen ;

Cancer recto-pelvien ou recto-sigmoïde, cancer inférieur ;

Enfin le néoplasme peut occuper à la fois ces trois segments du côlon.

C'est le cancer recto-colique pelvien .

Dans les deux premières classes, l'entérorrhaphie est possible.

Dans le cancer inférieur ou recto-pelvien, la colorraphie est impossible, le bout inférieur étant trop difficile à atteindre. On était réduit à pratiquer un anus contre nature.

Le procédé de Lardennois permet de l'éviter même dans ce cas. Wassilief, le premier, en 1895, avait conçu l'idée de l'iléo-rectostomie, mais les interventions qu'il conseille par la voie abdominale et périnéale

combinées sont bien complexes et hasardeuses. L'anastomose entéro-rectale Lardennois par la voie abdominale est plus simple et plus pratique. Il se sert d'un bouton de Murphy modifié de telle sorte que les parties mâle et femelle en s'articulant tranchent les tissus ; la partie femelle est fixée selon la technique ordinaire à l'anse que l'on veut anastomoser au rectum soit anse sigmoïde, côlon, le plus souvent l'iléon. Un aide introduit dans le rectum le demi bouton mâle avec une pince spéciale, et le fait saillir dans le petit bassin. Sur la saillie que dessine le bouton mâle, le chirurgien applique alors le cylindre de la pièce femelle. L'articulation se fait facilement, mécaniquement, la paroi rectale se trouve sectionnée ; l'anastomose établie. La circulation intestinale peut s'effectuer aussitôt. Le procédé est rapide.

De cette anastomose vivement exécutée sont justiciables des malades même très affaiblis.

L'entéro-anastomose pure et simple quelle que soit la méthode suivie, répond à des indications très précises. Elle doit être employée :

1° Dans le cas de cancer inopérable du côlon pelvien de préférence à l'anus iliaque ; elle rend les mêmes services que lui, et il sera toujours temps de recourir à ce dernier, si l'anastomose venait à être obstruée par la prolifération cancéreuse ;

2° Comme intervention palliative également dans le cas d'obstruction chronique due à une tumeur inopérable des côlons, lorsque la faiblesse extrême, l'intoxication prononcée du malade écartent d'emblée

l'idée d'entreprendre une intervention de quelque durée. Cette anastomose qui ne demande pas beaucoup plus de temps que la colostomie ou l'anus, réalise un grand progrès puisqu'elle supprime tous les inconvénients de celui-ci en en conservant les avantages.

L'Exclusion.

Cette opération proposée par Salzer en 1892 et exécutée d'abord par les chirurgiens allemands : Hochenegg, von Eiselsberg, von Baracz, consiste à éliminer par section et ligature l'anse malade de la circulation intestinale, tout en rétablissant au-dessous d'elle, le cours des matières, par entéro-anastomose, ou entérorrhaphie. Tous les chirurgiens n'admettent pas cette définition de « l'Ausschaltung ».

Les uns avec Wœlfler comprennent par là toute intervention chirurgicale dans laquelle, par des anastomoses plus ou moins compliquées, la circulation intestinale est changée de son cours normal, et à ce titre, regardent l'anastomose de Maisonneuve comme le premier essai d'exclusion simple.

L'exclusion comprend un grand nombre de procédés que nous ne voulons pas étudier en détail. La thèse remarquable de Lance, en 1903 et celle non moins intéressante de mon ami le Dr E. Buineau, en 1904, donnent à ce sujet des renseignements de haute valeur.

Qu'il nous suffise de distinguer ici l'exclusion totale et l'exclusion partielle. L'exclusion totale pratiquée par von Baracz est désormais jugée et condamnée. Elle laisse dans le ventre une anse intestinale malade fermée à ses deux extrémités, et réalise une cavité close.

Cette « bombe intestinale » selon l'heureuse expression du professeur Monprofit est un danger continuel, car il est illogique de penser qu'une anse cancéreuse va s'atrophier, cesser de sécréter, que sa muqueuse ne s'ulcérera jamais ; et les quelques cas d'exclusion totale connus ont été désastreux : cas d'Eiselberg, von Baracz et même celui de Friele.

Le Congrès de chirurgie de 1903 a définitivement rejeté l'exclusion totale.

Reste l'exclusion partielle qui peut être unilatérale ou bilatérale ; dans ce dernier cas, les deux extrémités ou l'une seulement des extrémités de l'anse exclue sont fixées à la peau constituant une ou deux fistules ; chez la femme on peut aboucher l'anse malade dans le vagin.

Ces méthodes palliatives semblent *a priori* peu supérieures aux autres, les malades conservent des fistules, qui, il est vrai, secrètent moins que l'anus contre nature, mais constituent néanmoins une infirmité que ne laisse pas l'entéro-anastomose classique. Le professeur Monprofit, conscient des ennuis de la méthode, a cherché et réussi à l'améliorer. Au lieu de fixer l'anse exclue à la peau ou au vagin, il la suture à l'intestin lui-même, réalisant ainsi selon sa pittores-

que expression *le tout à l'intestin*. Sécrétions pathologiques et physiologiques suivent la voie intestinale.

L'exclusion partielle est destinée à rendre de grands services, c'est aujourd'hui la méthode palliative par excellence, nous verrons plus loin qu'elle peut encore être d'une grande utilité, dans la cure radicale du cancer du gros intestin. Non seulement elle supprime l'anus contre nature, ce que fait également et d'une façon plus générale et plus simple l'anastomose de Maisonneuve, mais elle met au repos complet l'anse cancéreuse. La tumeur non irritée par le passage incessant des matières aura tendance à s'accroître moins rapidement.

Après l'exclusion, on voit souvent les malades engraisser, les douleurs diminuer et même disparaître totalement ; l'intervention a de plus une action morale excellente qui pendant un certain temps donne l'illusion d'une guérison absolue. Aussi, en présence d'un cancer inopérable, devra-t-on faire, selon les cas, soit l'anastomo-colostomie, iléo-colostomie de Maisonneuve, qui n'est somme toute souvent qu'une exclusion partielle mais sans section de l'intestin, ou recourir aux divers procédés d'exclusion qui réalisent mieux et constamment le repos de l'anse malade, de l'anse exclue.

TRAITEMENT RADICAL

Entérectomie.

L'entérectomie ou colostomie pour néoplasme intestinal reste, chaque fois qu'elle peut être faite, la méthode de choix. Elle seule fait disparaître la lésion et est susceptible d'amener une guérison définitive.

La théorie microbienne du cancer est restée impuissante et le sérum anticancéreux est encore à trouver (1). Une nouvelle méthode née d'hier, semble jusqu'à présent avoir quelque avenir ; la radiothérapie par les rayons X aurait fait disparaître quelques tumeurs bénignes. Il manque jusqu'à ce jour à la consécration de la méthode la guérison constante et indiscutable de tumeurs malignes comme le cancer du gros intestin par exemple ; et quelles que soient les idées plus ou moins pessimistes que l'on professe sur la cure radicale du cancer d'une façon générale

1. Dans une récente communication cependant, Doyen donne les résultats assez bons d'un sérum anticancéreux qu'il vient de trouver.

traité par la *résection*, on est obligé de s'en tenir là. Et d'ailleurs, la récidive que l'on pourrait craindre est loin d'être fatale. Il y a longtemps que les chirurgiens se sont aperçus que le cancer du côlon est un de ceux qui évoluent le plus lentement, qui a le moins de tendance une fois enlevé à récidiver et à se généraliser, semblable en cela à ces cancroïdes de la lèvre qui, largement enlevés, ne reparaissent jamais plus.

Les observations et les chiffres sont là pour attester la longue survie des opérés de cancer du côlon par la résection.

Sur 14 opérés de Bramann, 8 ont survécu, 1 n'avait pas de récidive 6 ans après ; 2 après 4 ans ; 2 depuis 3 ans ; 2 depuis 2 ans, et 1 depuis 1 an.

Un opéré de Martini en 1879 d'un cancer de l'S iliaque après avoir joui 18 ans de la plus parfaite santé sans la moindre trace de récidive a succombé en décembre 1897 à une affection cardiaque. Körte a opéré un malade d'un cancer du côlon iliaque qui survit depuis 6 ans et demi sans récidive. Il en a opéré un autre d'un cancer du côlon iliaque qui survit depuis 5 ans et demi. Monprofit a un malade opéré dans les mêmes conditions il y a 4 ans, et qui est absolument guéri.

La crainte de la récidive ne doit donc pas paralyser le chirurgien. Si la tumeur est opérable, il l'extirpera comme il le ferait sans arrière-pensée pour un cancroïde de la lèvre ou un squirrhe du sein.

Nous diviserons l'entérectomie en :

A. *Entérectomies simples et* B. *Entérectomies compliquées.*

A. Entérectomie simple.

Par entérectomie simple nous ne voulons pas comprendre les cas où l'opération est facile, mais ceux dans lesquels aucune complication (adhérences étendues, fusion de la tumeur à la paroi, abcès, fistules, résection d'organes) n'est venue aggraver la situation.

La résection pratiquée dans ces conditions comprend plusieurs temps :

1° La libération de la tumeur ;

2° La résection ;

3° Le rétablissement de la continuité de l'intestin.

1° La libération de la tumeur est facile quand celle-ci est petite, mobile et siège en des endroits bien accessibles comme le cœcum, le côlon transverse ou l'S iliaque.

Les doigts du chirurgien suffisent à la besogne et ce premier temps opératoire est vivement terminé.

2° La résection après coprostase préalable demande plus de temps et de soins. Il est de toute nécessité d'enlever largement la tumeur, et même, lorsque le cancer est peu étendu, semble avoir des limites bien nettes sans aucune métastase, il faut de l'avis de tous les chirurgiens dépasser de plusieurs travers

de doigts les parties malades et tailler en pleine partie saine ; sans doute, dans la majorité des cas, on ne reculera pas beaucoup par cette pratique la date de la récidive ; mais ne réussirait-on qu'une seule fois à l'empêcher qu'il serait logique d'agir ainsi ; et en fait, c'est bien la manière de faire que suivent tous les chirurgiens.

3° *Anastomose.* — Ce n'est pas tout de couper, il faut recoudre comme dit le proverbe. Ici, nous nous trouvons en présence de deux grands procédés principaux.

Dans le premier, on abouche bout à bout les deux sections du côlon, c'est l'anastomose termino-terminale, colorraphie circulaire bout à bout.

Dans le deuxième, on ferme les deux extrémités béantes, on les accole l'une à l'autre et on les anastomose, c'est l'entéro-anastomose par abouchement latéral, préconisé par le professeur Monprofit dans la thèse de Pellier, 1899.

On peut encore implanter le bout supérieur sur l'inférieur. C'est l'entéro-anastomose par implantation, procédé employé par le professeur Monprofit.

Si nous comparons rapidement la valeur respective de ces trois méthodes, nous pouvons dire que :

La première, l'entérorrhaphie circulaire tend aujourd'hui a être abandonnée. Elle comporte de nombreux inconvénients : peu de solidité, et beaucoup de tiraillements.

Même pratiquée sur des segments d'intestin de

même calibre elle est difficile à faire et surtout à bien faire.

La section du mesentère exige le plus grand soin : elle doit être faite exactement au ras de la section intestinale, et aucune portion si petite soit-elle des deux bouts réunis ne doit rester dépouillée de son pédicule séro-vasculaire sous peine de gangrène. Le principal écueil est la rétraction cicatricielle et la sténose consécutive.

Quand les deux intestins à suturer bout à bout ne sont pas de même calibre les difficultés sont encore plus grandes. Billroth a essayé de traiter l'anse la plus volumineuse comme l'estomac après pylorectomie ; il faisait un pli oblique sur le côté le plus éloigné du mésentère, sectionnait l'intestin à ce niveau et suturait la plaie ainsi créée, les deux anses réduites au même calibre ou à peu près pouvaient être fermées circulairement ; l'inconvénient est que l'intestin se coude et s'étrangle. Madelung agrandit le diamètre de l'intestin le plus petit, et pare en une certaine mesure au danger de sténose d'une façon plus simple, il sectionne obliquement l'intestin du bord libre au bord mésentérique (en bec de flûte). Chaput pratiqua une fente longitudinale sur le bord libre.

Si l'on craint que la suture ne vienne à céder, on peut employer la méthode de Bouilly qui consiste à

1. Dans l'étude comparative qui va suivre, nous nous sommes beaucoup inspiré du mémoire qui vient de paraître: *Chirurgie du gros intestin* par Monprofit d'Angers.

fixer les parties suturées à la peau pour éviter une péritonite par perforation.

2° L'entéro-anastomose.

A. *Par abouchement latéral.* — Peut être simple ou avec exclusion.

1° *Simple.* — Monprofit dans la thèse de son élève Pellier, en 1899, insiste sur les avantages de cette méthode.

Sans doute, il faut davantage de sutures que dans l'entérorrhapie circulaire, mais le temps employé n'est pas beaucoup plus considérable, étant donné le peu de difficulté technique de l'anastomose.

Les deux culs-de-sac que laissent l'entéro-anastomose ne présentent aucun inconvénient car ils communiquent largement avec le reste du tube digestif, de plus, ils s'atrophient à la longue.

« Les autopsies faites chez des opérés morts longtemps après l'intervention, ou chez des animaux en expérience, ont montré que le tube intestinal, après un certain temps, a repris presque complétement son aspect normal ; il n'y a presque plus de saillie latérale due aux deux cœcums juxtaposés, et les deux bouts intestinaux semblent se continuer directement ».

La suture toujours si délicate du bord mésentériest supprimée, l'anastomose latérale tourne la difficulté ; pas de danger de nécrose ou ou de fissure de ce côté.

L'orifice anastomotique a la grandeur qu'on veut bien lui donner ; ceci a surtout de l'importance dans

l'anastomose du grêle avec le gros intestin. Elle peut être pratiquée même quand une des anses est difficile à libérer. De plus, les deux moignons ne sont pas ou sont moins irrités par le passage incessant des matières, d'où retard possible de la récidive dans les lèvres de la nouvelle bouche, et retard certain de l'occlusion si celle-ci se produit.

2° *Avec exclusion.* — Ce procédé opératoire, dit le professeur Monprofit, réside en entier dans ce fait qu'au lieu de faire l'anastomose intestinale au niveau même de la tumeur enlevée, on la pratique à une distance notable (en réalité aussi grande que possible), du point de résection.

Avantages. — « Au point de vue clinique et thérapeutique, dit-il, cette manière de faire a plusieurs avantages.

Elle dégage le champ opératoire principal, qui est le point dangereux, celui dans lequel il est nécessaire de tout surveillller pour éviter:

1° Toute hémorrhagie secondaire par hémostase insuffisante;

2° Tout abandon dans la place de parcelles cancéreuses, susceptibles de réinfecter la région, par greffe ou ablation insuffisante.

De plus, quand une récidive se produit, celle-ci ne peut troubler à nouveau la circulation des matières puisque là où elle apparaît il n'y a plus de tube digestif.

Au point de vue opératoire, elle est d'une exécution bien plus facile en général que les deux pro-

cédés précédents. En effet, il suffit pour qu'elle soit possible que l'intestin, au-dessous de la tumeur, soit mobilisable et puisse être amené en un autre point de l'abdomen. Or, en raison de la longueur du méso-côlon et de la facilité de déplacement des principales parties du gros intestin, on n'éprouve que rarement des difficultés à agir ainsi, le cœcum étant éliminé bien entendu ».

B. *Par implantation.* — Elle peut être simple ou double.

1° *Simple.* — Cette entéro-anastomose remonte à Senn et à Jesset surtout. Il est rare que cette implantation soit faite exactement à l'extrémité de l'intestin, sans exclusion de quelques centimètres au moins. La plupart du temps, l'exclusion est assez considérable; elle peut comprendre tout le gros intestin si l'on veut. En général on se contente d'implanter le bout distal à une distance suffisante du néoplasme, pour que la nouvelle bouche ne soit pas envahie par la prolifération cancéreuse s'il y a récidive sur place, et qu'elle puisse ainsi fonctionner jusqu'à la mort par cachexie du malade, sans avoir à redouter les terribles accidents d'une nouvelle occlusion intestinale.

2° *Double.* — L'entéro-anastomose par implantation double est un procédé absolument personnel au professeur Monprofit déjà décrit par lui en octobre 1903 au congrès de chirurgie sous le nom de : « le tout à l'égoût, le tout à l'intestin ou plutôt d'exclusion avec drainage à l'intestin ».

Nous ne pouvons mieux faire que citer textuelle-

ment le procédé inventé et décrit dans son livre, *Chirurgie du gros intestin* : « Ici dans le cas particulier qui nous occupe (1), l'exclusion ne s'applique évidemment qu'à l'intestin sain, tandis que lorsque l'on ne fait pas de résection elle s'applique à l'intestin malade. Aussi n'a-t-elle pas le même intérêt, ni la même importance que dans les cas cliniques qui relèvent d'autres lésions. Mais elle n'en est pas moins intéressante, nécessaire, toutes les fois qu'on n'opère pas sur le cœcum, et qu'on n'enlève pas cet organe.

Cette seule réflexion montre que ce procédé doit varier suivant les régions sur lesquelles on intervient. Aussi est-il nécessaire d'envisager les divers cas qui peuvent se présenter.

a. Tumeur du cœcum. — Dans les résections du cœcum, l'implantation double n'est pas de mise, et dans ce cas particulier, elle se réduit forcément à une implantation simple, puisque l'une des sections porte sur l'intestin grêle. L'opération est tellement simplifiée par l'ablation du cœcum, et de la partie terminale de l'iléon, qu'il ne faut pas hésiter à sacrifier le cœcum dans l'exérèse d'une tumeur du côlon ascendant.

Ce qui revient à dire que l'implantation double n'a pas sa raison d'être quand on intervient sur le cœcum et qu'il faut se borner à faire l'iléo-colostomie (fig. 1).

b. Tumeur du côlon ascendant. — Il n'en est plus

1. Il s'agit d'entérectomie pour cancer du gros intestin.

de même quand on opère sur une tumeur de la partie supérieure du côlon ascendant.

Là, en effet, on laisse en place tout le cœcum, en sectionnant de chaque côté du néoplasme.

Comme on ne peut peut pas ici mobiliser le cœcum qui n'a pas de méso, pour aller l'aboucher au côlon transverse, force est bien de le laisser tranquille. On est alors réduit, soit à mobiliser le transverse pour l'amener près du cœcum, (ce qui nous ferait rentrer dans l'entéro-anastomose par abouchement latéral) (fig. 2), soit à utiliser l'intestin grêle mobile, ce qui permet l'emploi de l'entéro-anastomose par implantation, c'est-à-dire de l'ancienne iléo-colostomie.

Si on sectionne le grêle à 20 centimètres de Bauhin, on a deux bouts de grêle ; le supérieur sert à rétablir la circulation intestinale, l'inférieur peut-être inséré dans l'S iliaque.

Le bout supérieur peut être implanté dans le côlon transverse ou plus bas. Il y a tout avantage à reporter cette implantation le plus loin possible, c'est-à-dire jusque même dans le côlon descendant (Fig. 3).

Avantages. — 1° Pare aux inconvénients de récidive cancéreuse locale ;

2 Reporte l'implantation sur un intestin de calibre normal.

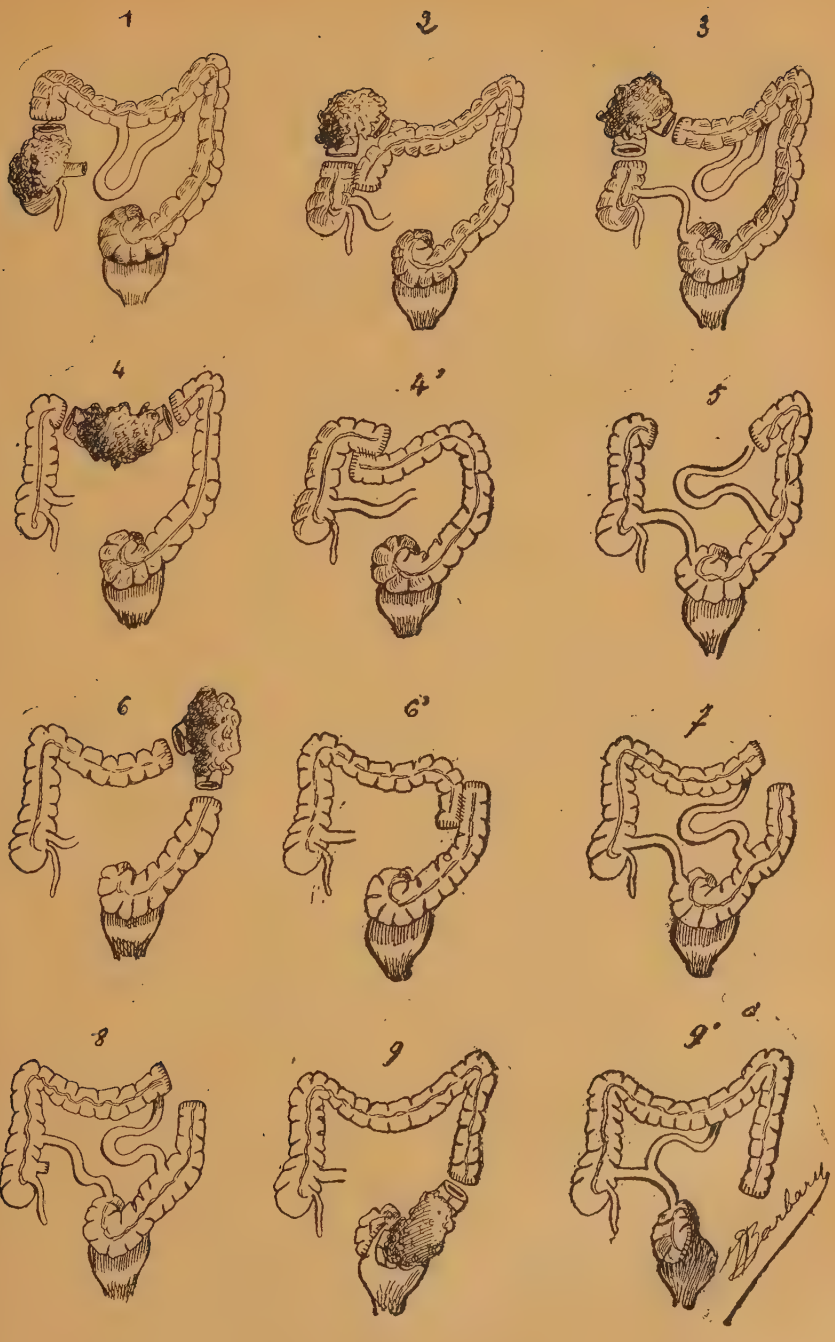
Le bout inférieur exclusivement destiné à drainer dans l'intestin une partie actuellement saine, mais susceptible d'être malade un jour, lors d'une récidive toujours possible, sera implanté le plus bas qu'on

le peut, c'est-à-dire dans l'S iliaque elle-même. Cette anastomose n'est, en effet, destinée qu'à créer une voie de dérivation aux sucs intestinaux, qu'à amener l'atrophie de la portion exclue de l'intestin, et n'est pas utilisée pour la digestion.

Il n'y a pas dans cette circonstance, ni dans les cas suivants à se préoccuper de la valvule de Bauhin et de sa perméabilité. Il est certain qu'elle laissera toujours passer facilement les mucosités de cette partie d'intestin isolée, plus ou moins saine.

c) *Tumeur du côlon transverse* (Fig. 4). — Il est évident que souvent l'anastomose latérale peut être pratiquée dans bien des cas avec ou sans exclusion d'intestin sain (Fig. 4) ; mais la méthode d'implantation donne bien plus de garantie au cas de récidive. L'implantation double se pratique ici comme plus haut. Le bout supérieur est fixé vers le milieu du côlon descendant, pour ne pas exclure trop du gros intestin. Le bout inférieur comme plus haut (Fig. 5).

d. Tumeur du côlon descendant (fig. 6). — L'opération est évidemment à peu près la même. On pourrait aboucher le côlon transverse à l'anse oméga, très mobile tous deux par abouchement latéral (fig. 6'), Mais on peut aussi recourir à l'implantation double. Il suffit de descendre le point où l'on implante le bout supérieur et de le placer à l'union du côlon descendant avec l'anse sigmoïde. En procédant ainsi, on a, ici, comme dans les deux alternatives étudiées ci-dessus, une très longue partie du gros intestin exclue du côté du cœcum (fig. 7').


1
2
3
4
4'
5
6
6'
7
8
9
9'
a

Pour remédier à la valvule il serait facile de combiner encore une autre implantation latérale, manœuvre qui assurerait l'évacuation de la partie exclue. Il suffirait en effet de sectionner le grêle près du cœcum, et de reporter son insertion du cœcum en un autre point, comme par exemple au milieu du côlon transverse, ou à l'angle colique droit (fig. 8).

e. Tumeur de l'S iliaque. — Soit maintenant à enlever une tumeur de l'S iliaque. On peut procéder de deux façons différentes. Dans quelques cas on interviendra exactement comme dans le cas précédent, mais dans d'autres, il vaudra mieux peut-être opérer autrement.

La résection intestinale faite, on implantera seulement le bout supérieur de l'iléon dans l'anse sigmoïde au niveau du bassin, et implantera sur cet iléon lui-même le bout inférieur de l'intestin grêle (fig. 9').

On peut donner à cette variété d'entéro-anastomose avec exclusion, le nom d'entéro-anastomose par implantation double en y, par opposition à la variété étudiée plus haut qui peut porter celui de parallèle, les deux bouts de l'iléon restant distincts et presque parallèles au niveau de l'implantation sur le gros intestin.

Les avantages de cette nouvelle méthode sont multiples.

1° Quelle que soit l'étendue et le siége de la lésion, et quelque large que soit l'exérèse, on peut toujours

ou à peu près, nous l'avons vu, réaliser l'exclusion d'une façon parfaite, idéale.

2° Cette méthode permet de plus d'enlever très largement la tumeur, et ses connexions. Le chirurgien n'est plus préoccupé par la crainte de ne pouvoir anastomoser les deux portions d'intestin restantes.

Il taille, coupe, et tranche sans hésiter, enlève le mal en entier, le dépasse même de quatre ou cinq bons travers de doigts, et met ainsi plus sûrement le malade à l'abri d'une récidive.

3° Cette récidive aurait-elle lieu fatalement, (et il faut en pratique toujours y compter), que l'exclusion est encore à plus forte raison la méthode de choix ; elle pare d'avance aux accidents d'occlusion future qui peuvent être dus, soit à l'obstruction de la bouche par un ensemencement de la substance cancéreuse, soit à la réapparition sur place du cancer.

En effet, dans les anastomoses latéro-latérale, termino-terminale et autres, sans exclusion, les deux segments intestinaux mis en présence appartiennent aux régions voisines de la tumeur, et ont grande chance malgré une exérèse aussi large que possible d'être envahis, sinon macroscopiquement, du moins histologiquement au moment de l'exérèse par la prolifération des cellules cancéreuses, d'où récidive plus ou moins certaine au niveau de la nouvelle bouche, et d'autant plus rapide que ces tissus cancéreux sont irrités constamment par le passage incessant des matières fécales.

L'exclusion faite comme la fait Monprofit, abouche des parties d'intestin absolument saines, ce qui réduit à néant les dangers d'occlusion pour l'avenir. De plus, les sections d'intestin voisines de la tumeur, désormais sans fonctions, sont dans les meilleures conditions de guérison durable. Dans tous les cas, l'opération ainsi faite, est bien faite, et une seconde opération n'est jamais nécessaire. L'expérience démontre alors que les malades ne meurent pas d'occlusion, à la suite de leur affection, mais bien de maladies intercurrentes, ou de généralisation cancéreuse. Ce que l'on faisait autrefois en deux opérations, à quelques mois, quelques années d'intervalle, avec beaucoup moins de chance de réussite, on le comprend, est réalisé ici, en une seule fois et pour toujours.

Nous ne nous sommes occupé à dessein que des anastomoses par suture, laissant de côté les méthodes d'anastomose mécanique avec substance résorbable : procédé de Senn de Chicago, de Littlevood, De Bovis, de Paul, Allingham, avec substances non résorbables : boutons variés en ivoire ou métal comme ceux de Boari, de Duplay et Cazim, de Chaput, etc. Comme le dit Lejars : « L'heure est passée de toutes ces méthodes mécaniques de réunions intestinales, c'est la suture qu'il faut apprendre à bien faire, c'est la suture, la méthode primitive, naturelle, simple, vraiment chirurgicale qui donnera toujours le plus de sécurité sans prendre beaucoup plus de temps ».

B. — Entérectomies compliquées.

Nous entendons par entérectomies compliquées, toutes les interventions dans lesquelles le manuel opératoire diffère de celui que nous avons exposé plus haut, du fait de la présence d'abcès étendus, de fistules, d'adhérences intimes aux viscères voisins, obligeant à les réséquer eux-mêmes en partie, ou de l'état précaire du malade.

Nous étudierons successivement par ordre de complications croissantes :

I. — *L'entérectomie suivie d'anus contre nature*;

II. — *L'entérectomie en plusieurs temps* ;

I. — *L'entérectomie suivie d'anus contre nature.* « Les raisons qui amènent le chirurgien à terminer l'entérectomie par un anus contre nature, dit De Bovis, sont de deux ordres : la nécessité de faire vite, ou l'impossibilité d'affronter les deux bouts intestinaux.

La nécessité de faire vite tient, soit à l'état clinique du patient, soit à la durée de l'opération. Celle-ci est commandée par l'état anatomique des parties.

On comprend facilement la hâte de l'opérateur qui a dû réséquer déjà une anse intestinale (Bergman), une portion de vessie (Iversen), d'estomac (Fischer), ou abandonner la partie après une résection complète (Nélaton) ».

L'impossibilité d'affronter les deux bouts intestinaux tient tout d'abord à leur trop grand écartement, cependant, la longueur de l'intestin réséqué ne semble jouer qu'un rôle secondaire ; les plus longues pièces ont de 0 m. 20 à 0,35 centimètres (Whitehead). Aux entérectomies simples, la moyenne des pièces réséquées est certainement supérieure, c'est donc plutôt la rétraction des méso, et les adhérences qui gênent la mobilisation, et par conséquent le rapprochement des anses à suturer. L'inégalité des surfaces de section n'est pas un obstacle insurmontable à la coaptation, et elle n'autorise à faire l'anus contre nature dans aucun cas.

L'extirpation par la voie abdominale et périnéale d'un cancer du côlon pelvien propagé au rectum est naturellement une indication formelle de l'anus iliaque. Ce n'est plus alors un procédé de choix, mais un procédé de nécessité.

On peut pratiquer encore l'opération de Madelung ; elle consiste après résection du cancer, à fermer le bout rectal et à aboucher le bout supérieur dans la plaie, le bout supérieur est rentré dans le ventre, tandis que l'extrémité inférieure est établie en anus contre nature définitif.

Pour éviter à tout prix cet anus contre nature, Nicoladoni propose un procédé ingénieux : lorsque les deux bouts de l'intestin sectionné sont trop éloignés, il interpose dans l'espace vide un segment d'intestin grêle pris aussi près que possible, et nourri par son mésentère ; les matières suivent leur cours normal,

la continuité de l'intestin grêle est ensuite rétablie par entérorrhaphie. L'intervention comprend donc une résection du gros intestin, une double section de l'intestin grêle, et trois entérorrhaphies. Après extirpation d'un cancer du côlon pelvien, l'opération de Lardennois que nous avons décrite permettrait encore d'éviter l'anus ; mais elle n'a jamais été pratiquée après résection.

II. — *Entérectomie en plusieurs temps.* — Ce sont des entérectomies précédées d'une opération palliative dirigée contre l'obstruction, ou contre des phénomènes aigus qui apportent momentanément une difficulté insurmontable à l'exérèse. Ces résections secondaires se font chez des malades qui semblent justiciables d'une cure radicale. Les résultats en sont excellents ; le chirurgien a tout le loisir de se placer dans les meilleures conditions d'intervention.

L'entérectomie peut se faire :

1° Après entérostomie (colostomie ou anus contre nature) ;

2° Après exposition de la tumeur en dehors du ventre ;

3° Après exclusion préalable de l'intestin cancéreux.

1° *Après entérostomie.* — C'est ici le moment de rappeler les avantages de la colostomie sur l'anus contre nature.

Dans la plupart des cas le malade se présente en état d'obstruction, ou d'occlusion aiguë ; on pare au plus pressé en établissant une bouche d'écoulement

aux matières, (soit colostomie, soit anus contre nature), ce dernier pourra même être pratiqué en deux temps, comme nous l'avons dit plus haut. Au bout de quelques semaines, le malade en bon état, son cancer paraît extirpable, on l'enlève.

2° *Après exposition préalable de la tumeur.* — Les chirurgiens se comportent un peu différemment suivant les cas.

Si le malade est en état d'occlusion, on peut, comme Hahn, faire d'abord une entérostomie, puis ouvrir le ventre, luxer et fixer la tumeur à la paroi. Plus tard, les adhérences protectrices établies, il résèque la tumeur. Le malade reste donc avec deux anus contre nature, dont la cure peut être faite dans la suite.

D'autres, comme O. Bloch, préfèrent exposer tout d'abord la tumeur. Selon les circonstances, (présence ou absence d'obstruction), il ponctionne immédiatement ou ultérieurement l'intestin. Les adhérences une fois établies, dès le cinquième jour à la rigueur, il résèque la tumeur, et rétablit la continuité de l'intestin par une entérorrhaphie circulaire ; plus tard, il rompt les adhérences qui fixent le côlon à la paroi, le rentre dans le ventre, et ferme la plaie abdominale. Mais les sutures intestinales pratiquées dans ces conditions, et réussies une fois par Bloch ont constamment échoué depuis, et au lieu et place du cancer réséqué, il reste un anus artificiel rebelle.

La méthode de Bloch est peu employée ; elle ne répond d'abord qu'à un très petit nombre de cas

anatomiques, cancer petit, très limité, très mobilisable ; c'est surtout sur le côlon descendant (partie inférieure), et sur la première partie de l'S iliaque, que se rencontrent ces conditions ; un autre inconvénient, c'est que le mésentère, qui court de sérieux dangers de gangrène pendant l'exposition de la tumeur, ne peut être largement réséqué ; or, il peut contenir des ganglions cancéreux qu'on laisse dans le ventre, et préparer pour ainsi dire la récidive.

Le reproche général qu'on peut adresser aux entérectomies en deux temps, c'est qu'elles nécessitent toujours des opérations complémentaires. Il faut cependant faire une exception pour la colostomie ; si elle a été pratiquée selon les règles que nous avons données, la cure peut en être faite en même temps que la résection ; l'anus contre nature, au contraire, nécessite toujours l'emploi de l'entérotome, ou une nouvelle laparotomie suivie de résections, d'anastomoses, etc. Il faut pour le moins ouvrir trois fois le ventre. Un malade de Steffens eut cinq laparotomies.

3° *Après exclusion.*— Hochenegg, le premier, pratiqua la résection après exclusion. Dans une première intervention, il sectionne l'anse cancéreuse et l'isole du reste de l'intestin. Les deux bouts de l'anse malade sont fixés à la paroi ; puis, les deux extrémités saines du côlon sont ensuite réunies l'une à l'autre, et rentrées dans le ventre. C'est l'exclusion bilatérale ouverte à la peau. Dans un second temps,

l'anse malade, dont les deux bouts ont été fixés à la plaie, est extirpée.

Les divers procédés d'exclusion de l'anse malade, employés dans la cure de tumeurs intestinales variées, (surtout la tuberculose), où le repos est la condition *sine qua non* de la guérison, peuvent être *a priori* utilisés dans le même but à la cure secondaire du cancer du gros intestin, et de fait Morestin s'en est servi avec plein succès dans un cas.

Cette exclusion préalable semble très rationnelle. Elle rend les mêmes services que l'anus contre nature et comme lui, et mieux que lui permet d'attendre que le malade soit en état, sans constituer d'infirmités qu'il faudra guérir plus tard.

Si la première intervention est plus longue dans l'exclusion, en revanche, la seconde est considérablement abrégée, après résection de la tumeur et suture des deux bouts d'intestin, il ne reste plus qu'à fermer le ventre ; nous avons vu que pour toutes les autres interventions, la partie la plus difficile de la cure restait encore à faire, nous ne reviendrons pas sur les déboires, et les mécomptes du traitement de l'anus contre nature.

L'exclusion préalable est encore une méthode de choix, si l'on conserve quelques doutes à l'ouverture du ventre sur la possibilité d'enlever plus tard radicalement le cancer. Si l'avenir confirme ces craintes, et empêche toute intervention ultérieure, le malade est néanmoins à l'abri pour le reste de ses

jours, des phénomènes d'occlusion, sans être pour lui et les siens un objet de dégoût et d'horreur.

Manuel opératoire.

Préparation du malade. — Les soins préliminaires sont ceux de toute laparotomie. L'avant-veille, le malade sera purgé et mis au régime lacté ; les antiseptiques intestinaux ordinairement employés sont totalement délaissés. L'asepsie qu'ils réalisent est tout à fait hypothétique, tandis que l'emploi de quelques-uns d'entre eux présentent des inconvénients certains. Rien ne vaut pour une bonne antisepsie un laxatif huileux (huile de ricin par exemple) qui balaye l'intestin, et pousse au dehors les matières fécales, et les nombreux microbes qu'elles renferment sans irriter la muqueuse, ce qui a bien son importance quand il s'agit de cancer peut-être ulcéré. La veille de l'intervention, le malade prend un grand bain savonneux ; la paroi abdominale sera particulièrement bien brossée, et lavée au savon ; les parties pileuses seront rasées au besoin. La région ainsi détergée sera recouverte d'un pansement humide à l'eau boriquée pour la nuit. Le matin même de l'opération on donne un lavement ordinaire pour bien vider l'ampoule rectale, et le malade à jeun est transporté au moment voulu dans la salle d'anesthésie.

Salle d'opération. — Les préparatifs sont absolument les mêmes que dans toutes les interventions sur le ventre. Le chirurgien se place à droite du malade, l'aide unique en face de lui à gauche. A la droite du chirurgien, à portée de sa main, se trouvent plusieurs plateaux aseptiques contenant les instruments secs, des cuvettes renfermant des solutions d'oxycyanure au 2/1000 pour le nettoyage des mains au cours de l'intervention : ces cuvettes, vite rougies par le sang, sont renouvelées au fur et à mesure des besoins. L'aide a également à portée de sa main plusieurs plateaux aseptiques, contenant des compresses-éponges, petites et grandes et les champs opératoires, un plateau, où il garde à sa disposition les fils variés et des ciseaux. L'aide préposé aux instruments est ainsi supprimé, et en même temps que lui, bien des contacts septiques. La salle d'opération est naturellement très bien éclairée et chauffée, comme d'habitude.

Instruments placés près du chirurgien :

Deux bistouris droits (petit et grand) ;

Deux paires de ciseaux (petit et gros) ;

Dix pinces de Kocher ;

Dix pinces hémostatiques ;

Deux écarteurs de Farabœuf ;

Une pince à disséquer ;

Une sonde cannelée ;

Quatre pinces érignes de Chaput ;

Six pinces entérostatiques à mors élastiques et délicats à crémaillère ;

Une aiguille de Doyen.

Placés près de l'aide :

Deux aiguilles de Hagedorn petites ;

Un porte-aiguille de Hagedorn ;

Quatre aiguilles droites de couturière à châs ouverts ou fermés ;

Une paire de ciseaux ;

Fils de lin ;

Crins de Florence ;

Anesthésie. — Toujours au chloroforme. Pendant que le chirurgien et son aide procèdent à l'asepsie de leurs mains par le savonnage et le brossage prolongé, par l'immersion consécutive dans des solutions de permanganate, et d'hyposulfite, ou d'alcool à 90°, suivies de lavage dans le sublimé, ou l'oxycyanure au millième, le malade est anesthésié. M. Monprofit ne se sert plus que du chloroforme, et s'en déclare très satisfait.

Il est donné à doses fractionnées, et répétées, avec une grande prudence. Peu d'incidents, et jamais d'accidents à redouter, comme le montre la thèse de son élève, E. Meslier, en 1902, quand le chloroforme est confié à des mains habiles et expérimentées. Le malade endormi est amené à la salle d'opération, et placé sur la table. Un aide lave et brosse le ventre au savon, à l'alcool et à l'oxycyanure.

Opération. — Nous prendrons comme exemple un cas d'entérectomie simple d'un cancer de l'anse sigmoïde, suivi d'anastomose latéro-latérale.

Incision de la paroi. — Si la tumeur est très nette-

ment appréciable c'est elle naturellement qui indique la ligne d'incision. Si le néoplasme est situé sur la ligne médiane, on fera une laparotomie médiane. La tumeur occupe-t-elle les parties latérales de l'abdomen, paraissant localisée aux angles du côlon (angle hépatique ou angle splénique), on fera une laparotomie latérale, en suivant les bords internes des muscles grands droits gauche ou droit. Enfin, si la tumeur est nettement localisée à l'une des fosses iliaques, on aura recours à l'incision de la ligature de l'iliaque externe. A part ces cas peu nombreux, très précis, ou lorsque l'on conserve sur le siége de la tumeur le moindre doute, il est préférable de faire une laparotomie médiane. C'est la méthode que suit presque toujours M. Monprofit.

L'incision commence un peu au-dessous de l'ombilic, descend jusqu'à trois travers de doigts au-dessus du pubis. Le bistouri tranche successivement peau, tissu cellulaire et graisseux, aponévrose, ligne blanche jusqu'au péritoine dans toute la longueur de la plaie. Le péritoine soulevé par des pinces est alors ouvert d'un coup de ciseaux, l'index gauche est introduit dans la boutonnière ainsi créée, et sur lui, la meilleure des sondes cannelées, le péritoine est sectionné dans toute la hauteur de l'ouverture.

Exploration de la tumeur. — Le ventre ouvert, et largement ouvert, le chirurgien se rend un compte exact de la tumeur, de son siége, de son étendue, de ses adhérences, de la présence de ganglions, de métastastes, des difficultés que pourra présenter son

ablation ; et c'est à ce moment là seulement, le cancer dans la main, que doit se faire le diagnostic de l'intervention.

Telle tumeur que l'on croyait bien limitée, facilement curable, à l'ouverture du ventre, montre une généralisation cancéreuse, qui contre-indique toute opération radicale, quand elle ne rend pas déjà une intervention palliative très difficultueuse. Mais nous nous sommes mis ici en présence d'une tumeur opérable bien limitée du gros intestin ; l'entérectomie est possible.

Entérectomie. — La tumeur est attirée hors du ventre dans la plaie abdominale. Cette extériorisation de la tumeur est facile pour les portions mobiles du gros intestin, mais parfois impossible pour les résections du côlon siégeant dans les parties profondes.

Pour attirer la tumeur à l'extérieur on rompra avec soin les adhérences, redoublant de précautions si ces adhérences portent sur l'intestin ; l'épiploon adhérent sera réséqué et lié, quant aux adhérences avec la paroi, au lieu de les sectionner, on les circonscrira par une incision elliptique. Le segment cancéreux sur lequel doit porter la résection, sorti du ventre, est isolé de la cavité abdominale à l'aide de larges compresses aseptiques, et de tampons. (Si quelques gouttes de liquide intestinal vient à s'écouler au moment de la section, ceux-ci les recueillent et de la sorte, le péritoine ne peut être souillé).

Quatre pinces entérostatiques à mors flexibles de

Doyen sont placées deux en amont et deux en aval de la tumeur, à l'endroit où l'on a résolu de faire la section. Elles sont éloignées de quelques millimètres seulement. On refoule ensuite les matières stercorales contenues dans l'intestin au-dessus et au-dessous des pinces, sur une longueur de dix centimètres environ, et on les arrête en appliquant deux nouvelles pinces entérostatiques. La coprostase est alors faite. Au ciseaux, on coupe l'intestin entre les pinces jusqu'au mésentère. Quelques gouttes de liquide s'échappent à ce moment et sont recueillies, comme nous l'avons dit, par les compresses-éponges disposées à leur intention. La section du mésentère est faite à petits coups de ciseaux, au ras de l'intestin, en pinçant les veines et les artères au fur et à mesure de leur section. S'il se trouve quelques ganglions dégénérés au voisinage de l'intestin malade, on peut encore enlever un triangle mésentérique à base intestinale, à sommet se dirigeant vers l'insertion mésentérique à la paroi abdominale. Dans tous les cas, on ne laisse jamais en place les ganglions hypertrophiés, facilement accessibles et énucléables ; au dernier coup de ciseaux sur le mésentère, la tumeur suspendue par ses deux pinces, est enlevée. Les deux surfaces de sections saines sont rapidement essuyées avec des tampons. Chaque tampon, il n'est pas besoin de le dire, ne subit qu'un seul contact avec l'intestin, et est immédiatement jeté. On renouvelle les compresses protectrices du péritoine. La résection intestinale est terminée, et il ne reste plus qu'à rétablir la continuité du tube digestif.

Rétablissement de la continuité intestinale. — Le professeur Monprofit n'emploie jamais que les sutures, et pour les faire, il se sert toujours de fil de lin ordinaire, qui présente sur le catgut et la soie l'avantage d'être beaucoup plus fin, plus maniable, et assure une étanchéité beaucoup plus parfaite, les aiguilles sont des aiguilles de couturière, droites, ordinaires. La méthode employée, la méthode de choix, est l'anastomose latéro-latérale, après fermeture des deux bouts de l'intestin, ou l'implantation simple ou double, si l'on veut exclure l'intestin voisin de la lésion.

1° *Fermeture de l'intestin sectionné.* — Un premier surjet muco-muqueux, un second séro-musculaire, et quelquefois un troisième séro-séreux pour enfouir le tout, ferment parfaitement les deux extrémités du côlon sectionné.

2° *Anastomose latéro-latérale.* — Le champ opératoire est de nouveau garni de compresses aseptiques. On juxtapose latéralement, en faisant chevaucher l'une par-dessus l'autre, les deux extrémités du côlon par leur bord convexe, c'est-à-dire opposé à l'insertion du méso. On les fixe alors dans cette position à l'aide de deux pinces érignes de Chaput, placées à 10 où 12 centimètres l'une de l'autre. On commence alors la suture, celle-ci consiste en :

1° Un plan séro-musculaire postérieur. Entre les deux pinces érignes, on pratique un surjet au fil fin, sur une longueur de 6 à 7 centimètres ; les points distants de 1 mm. 5 à 2 ne doivent pas être, ni trop ni trop peu serrés. Dans le premier cas, on amène-

rait la gangrène de l'intestin, dans le second la suture serait illusoire.

A 2 millimètres environ de la ligne de suture, de chaque côté de celle-ci, et parallélement à elle, on ouvre avec un bistouri fin l'intestin, sur une longueur d'environ six centimètres ; si le bistouri, même coupant bien, avait de la peine sectionner nettement la muqueuse, mieux vaut se servir de petits ciseaux fins pour achever la section de l'intestin. S'il s'écoule quelques gouttes de liquide, celles-ci sont absorbées par les compresses-éponges et rendues inoffensives.

2° La suture muco-muqueuse postérieure commence à l'un des angles de la plaie intestinale, et se termine à l'autre (deuxième surjet).

3° Suture pénétrante totale antérieure (3e surjet). Le surjet terminé, la continuité de l'intestin est rétablie. Quelques coups de ciseaux fins abrasent la muqueuse exubérante et régularisent la suture.

4° Suture séro-musculaire enfouissant la précédente (4e surjet).

Les chefs du troisième surjet et ceux du second sont noués ensemble, ceux des quatrième et du premier ensemble également, aux deux extrémités de la bouche intestinale.

On enlève les pinces antérostatiques. L'intestin se gonfle, et quelques gouttes de sang perlent parfois aux points terminus des surjets. On assure l'hémostase par quelques points séparés. La ligature des vaisseaux saignants n'est presque jamais nécessaire.

On fait alors la toilette du péritoine. Les quelques

petits caillots qui s'y trouvent sont rejetés au dehors.

La suture de la paroi abdominale est faite en masse aux crins de Florence ; quelques points supplémentaires superficiels au fil fin, achèvent entre les points profonds, d'assurer la bonne coaptation de la plaie.

Pansement aseptique.

OBSERVATION I

Exclusion unilatérale fermée après résection du cœcum, du côlon ascendant, et de la moitié du côlon transverse pour néoplasme (Inédite).

M. M..., 42 ans, entre à Saint-Martin, le 13 février 1904. Jusqu'à l'âge de 20 ans, il a été sujet aux bronchites légères. Il fut apte au service militaire et l'accomplit sans accidents.

A 34 ans, il eut une première crise d'asthme ; et, à partir de cette époque, le travail dans la poussière lui devint impossible.

Il y a 7 ans, il eut une attaque d'influenza dont il guérit complétement. Il n'en eut aucune suite fâcheuse ; son appétit fut excellent, ses selles normales et régulières.

Le 26 septembre 1903. — Après une journée de travail, il fut pris pendant la nuit de coliques, et de diarrhée. La diarrhée persista une semaine ; puis le malade reprit ses travaux.

Le 11 octobre. — Nouvelle crise de coliques qui dure huit jours.

Les selles sont régulières et l'appétit normal.

Pendant tout le mois de novembre, le malade éprouve une gêne abdominale ; mais il continue néanmoins à travailler.

Au commencement de décembre, il consulte son médecin qui porte le diagnostic d'entérite. A cette époque, il n'y avait aucune tumeur apparente.

Il consulte de nouveau au commencement de janvier et son médecin lui prescrit des lavages du gros intestin. A leur sortie, les lavements ont une coloration rosée qui attire l'attention du malade.

Vers le milieu de janvier, le médecin traitant constate une petite tumeur entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde.

A partir du 15 janvier, apparaissent des hémorrhagies intestinales fréquentes, survenant en moyenne tous les deux jours ; tantôt melœna, tantôt véritable hémorrhagie.

Le sang est habituellement rouge.

La palpation de l'abdomen décèle une tumeur grosse comme le poing, résistante, occupant le flanc droit et l'hypochondre droit, immobile, douloureuse à la pression.

On porte le diagnostic de néoplasme intestinal.

Le malade a considérablement maigri depuis trois mois.

Il présente une particularité intéressante. Le cœur paraît situé à droite. La pointe bat au-dessous du mamelon droit.

Pas de matité précordiale à gauche.

Battements aortiques très marqués au niveau du creux épigastrique.

Intervention le 15 *février* 1904. — Chloroforme.

Lavage, savon, alcool, sublimé. Incision médiane au-dessus et au-dessous de l'ombilic. Ouverture de l'abdomen.

On constate un néoplasme gros comme les deux poings, à l'angle des côlons ascendant et transverse. On place deux pinces entérostatiques en aval de la tumeur, section de l'intestin entre ces deux pinces. La tumeur est rejetée du côté droit. On sectionne le méso-côlon dans lequel on constate quelques ganglions. Décollement de la tumeur en arrière, en y comprenant les ganglions. Ligature des gros vaisseaux sectionnés. On place

deux pinces entérostatiques en amont de la tumeur. Section de l'intestin entre les deux pinces. On fait ainsi l'ablation complète de la tumeur avec ses ganglions. Ligature des vaisseaux épiploïques. Hémostase, suture des deux extrémités intestinales sectionnées.

Pour l'extrémité supérieure, premier plan muco-muqueux, deuxième plan séro-musculaire. Ablation des pinces entérostatiques et hémostase.

Pour l'extrémité inférieure, premier plan muco-muqueux, deuxième plan séro-musculaire. Ablation des pinces entérostatiques et hémostase.

On voit alors que la tumeur est très rapprochée du cœcum. On se décide à en faire l'ablation. Pédiculisation du méso-côlon ascendant. Section du mécôlon et de la partie terminale de l'iléon.

Sur la terminaison du côlon ascendant, on isole à l'aide d'une pince entérostatique un segment d'anse, et sur cette anse on anastomose le bout terminal de l'iléon.

Premier surjet séro-musculaire postérieur.

Ouverture du côlon ascendant.

Deuxième surjet muco-muqueux postérieur.

Troisième surjet pénétrant total antérieur.

Quatrième surjet séro-musculaire antérieur.

On enlève les pinces entérostatiques. Hémostase.

Après avoir vérifié les sutures et l'hémostase, on pratique l'ablation d'une greffe néoplasique sur le péritoine.

Suture en masse de la paroi au crin de Florence.

Pansement.

Poids de la tumeur : 750 grammes.

Durée de l'opération : 1 h. 1/2.

Suites opératoires. — Dans les jours qui suivent l'opération, le malade présente de la diarrhée, ses selles sont fréquentes, 7 à 8 en 24 heures, et liquides ; mais au bout de trois jours elles reprennent leur consistance.

De plus, pendant quatre jours, le malade a des accidents cardiaques consistant en palpations, douleur dans la région précordiale, arythmie, mais sous l'influence de la digitale les battements reprennent leur force et leur régularité.

Le 22 février. — Le malade se trouve très bien ; son appétit est revenu, et ses selles sont normales.

Le 27 février. — On enlève les fils. La plaie est en parfait état.

OBSERVATION II

16 juin 1903.

Néoplasme du cœcum et de la partie inférieure du côlon ascendant. — Entéro-anastomose par implantation double pour exclure le cœcum, par section de l'iléon, avec implantation du bout supérieur dans le côlon transverse, et draînage à l'intestin (S iliaque) par le bout inférieur. — Guérison.

G... aîné, 69 ans, hospitalisé (Hôpital Sainte-Marie). Entré salle Saint-Eugène, n° 19, le 2 juin 1903 ; sorti le 21 juin 1903.

Antécédents. — Il y a deux mois, le malade s'est aperçu qu'il portait au flanc droit une tumeur d'un certain volume.

Il n'a jamais eu de maladies antérieures. Ivrogne incorrigible, il présente quelques troubles intellectuels très légers, et c'est tout. A peine peut-on noter quelques légères crises d'ictère, et quelques rares crises de diarrhée durant peu, et cessant spontanément. Aucun autre symptôme.

Etat actuel. — Dans le flanc droit, tumeur profonde, mobile, siégeant à 2 centimètres au-dessus de la partie médiane de l'arcade crurale, et remontant à environ 10 centimètres plus haut. La tumeur a à peu près le volume d'un rein. Arrondie à sa partie inférieure, dure, un peu bosselée au milieu, elle se perd progressivement dans la profondeur, de sorte qu'on ne tarde pas à la perdre en remontant vers les fausses-côtes.

Tumeur indolore, submate. Pas de circulation collatérale, pas d'ascite ; pas d'œdème.

Opération. — Intervention le 16 juin 1903. Chloroforme. Lavage au savon, à l'alcool et au sublimé. On constate dans la fosse iliaque la même tumeur que l'on avait trouvée lors de l'examen clinique. Elle paraît un peu dans le flanc et semble peu mobile. On s'en tient au diagnostic de néoplasme intestinal.

Incision du côté droit, sur le bord du muscle droit. Ouverture de la cavité abdominale. On constate un peu d'ascite ; on arrive sur une tumeur irrégulière, bosselée, à la partie inférieure de laquelle on trouve l'appendice, qui paraît rétracté et semble avoir été sectionné primitivement. La tumeur est très adhérente, et paraît développée aux dépens de la totalité du cœcum, et de la partie inférieure du côlon ascendant.

En présence des adhérences et des ganglions, on se décide à faire non l'ablation de la tumeur, mais l'exclusion.

On saisit l'iléon, et on en tire une longueur de 20 centi-

mètres. A l'aide de deux pinces courbes, on délimite sur son trajet une portion de 6 m. environ sur laquelle on fait porter la section transversale, on sectionne également le mésentère Hémostase d'une artériole mésentérique. On cherche ensuite le côlon transverse, et on approche pour l'y implanter la section supérieure de l'iléon. Incision de la séro-musculaire du côlon. On fait l'implantation par quatre surjets : 1° séro-musculaire postérieur. Ouverture du côlon transverse ; 2° muco-muqueux postérieur ; 3° pénétrant total antérieur ; 4° séro-musculaire antérieur. On cherche l'*S iliaque*, et on isole sur son bord convexe une zone de 6 centimètres environ au moyen de deux pinces élastiques. Incision de la séro-musculaire de l'S iliaque.

Implantation de la section inférieure de l'iléon par quatre surjets : 1° séro-musculaire postérieur ; ouverture de l'S iliaque ; 2° muco-muqueux postérieur ; 3° pénétrant total antérieur ; 4° séro-musculaire antérieur.

Les sutures terminées, on replace la masse intestinale dans le ventre et on fait la suture en masse de la paroi au crin de Florence. Lavage au sublimé. Pansement.

Suites opératoires. — 16 juin. — Le malade a beaucoup vomi. Ventre un peu ballonné ; facies et pouls médiocres. Vives souffrances.

17 juin. — Même état. Quelques nausées. Malade affaissé, souffrant beaucoup. Ni selles, ni gaz.

18 au matin. — Ventre ballonné et douloureux. Langue saburrale. Pouls petit.

Le soir, quelques gaz après lavement. Pas de selle.

19 juin. — Selle après lavement. Jusqu'à ce jour le malade avait pris seulement quelques boissons : vin blanc, très peu

de bouillon, très peu de lait. Aujourd'hui on a pu lui faire prendre deux tasses de bouillon, et un demi litre de lait.

20 juin. — Malade toujours abattu. Langue saburrale ; anorexie. Pas de gaz. Régime comme hier.

21 juin. — Deux lavements sans résultats. Le malade s'agite ; on doit refaire le pansement qui s'est déplacé.

22 juin. — Selle après limonade purgative. Un peu d'œdème aux membres inférieurs. Le malade a pris, à midi, un œuf, ce soir un potage au tapioca. Comme boisson, vin et lait.

25 juin. — Lavement donne issue à quelques matières. Dans le courant de la journée, diarrhée. Selles fréquentes, liquides, ténesme. Œdème des jambes a augmenté.

26 juin. — Fils. Plaie guérie. Œdème augmente toujours. Selles très fréquentes, 20 dans la nuit dernière. On donne potion avec opium et bromure.

Malade mis au lait.

29 juin. — Le malade sort.

OBSERVATION III

Exclusion unilatérale de la fin de l'iléon, du cœcum et du côlon ascendant pour néoplasme du foie propagé à l'angle du côlon ascendant (In thèse de Lance).

Rosalie L..., 57 ans, six enfants, pas de maladies antérieures sauf gastralgies fréquentes. Depuis trois mois la malade a été prise de violentes coliques avec constipation opiniâtre ; elle est restée parfois 10 à 12 jours sans aller à la selle, avec vomissements abondants. Depuis quatre semaines, douleurs plus vives,

coliques violentes, constipation absolue. Entrée dans le service de la clinique chirurgicale du professeur Monprofit le 5 mars 1903. La malade est très amaigrie, elle souffre beaucoup dans le côté droit du ventre. Elle éprouve des douleurs sourdes, profondes et continues, avec exacerbation surtout le soir. Elle ressent à ce moment de véritables crises de coliques, toujours dans le même côté. Ces douleurs sont un peu calmées par le repos et le régime lacté. La constipation est absolue, la malade n'émet ni gaz, ni matières, et elle vomit tout ce qu'elle cherche à ingérer. Quinze jours avant d'entrer à l'hôpital, elle a eu en même temps du mélœna et une hématurie assez abondante. L'amaigrissement a fait beaucoup de progrès depuis quatre semaines. Les vomissements, qui sont continuels, ont un peu diminué de fréquence.

Examen de l'abdomen. — La palpation de l'abdomen est très douloureuse et fait reconnaître dans le flanc droit une tumeur allongée, du volume du poing environ, dure, résistante, légèrement mobile d'avant en arrière, présentant de la submatité à la percussion profonde. On fait le diagnostic de néoplasme intestinal, déterminant de l'occlusion. On pense qu'il sera probablement impossible d'enlever ce néoplasme, mais qu'on pourra améliorer l'état de la malade par une opération palliative comme l'entéro-anastomose.

Intervention le 17 mars. Chloroforme, Lavage: savon, alcool. Sous le chloroforme, on constate nettement la présence d'une grosse tumeur saillante, allongée, allant de l'épine iliaque antéro-supérieure droite jusque sous les côtes droites. Incision médiane de 10 centimètres, au-dessus et au-dessous de l'ombilic. A l'exploration on constate un cancer du foie propagé à l'angle des côlons ascendant et transverse, et probablement du rein. Il n'y

a pas à songer à une ablation de tumeur, on se décide à faire l'exclusion de la partie d'intestin malade. Le côlon transverse est aplati, le cœcum très distendu, on amène dans la plaie : 1° la partie terminale de l'iléon ; 2° la partie moyenne du côlon transverse. Premier temps : section transversale de l'iléon entre deux pinces, section du mésentère, hémostase du mésentère.

Deuxième temps : fermeture du bout cœcal de l'iléon, deux surjets : muco-muqueux, séro-séreux.

Troisième temps : on rapproche le bout iléal supérieur du côlon transverse, on isole avec une pince courbe une zone de 5 centimètres de longueur sur le bord inférieur du côlon transverse, et on fait dans cette zone complétement isolée par la pince, l'implantation du bout supérieur de l'iléon :

a) Incision longitudinale de 4 centimètres de la tunique séro-musculaire du côlon ;

b) Premier surjet : séro-musculaire postérieur ;

c) Deuxième surjet : muco-muqueux postérieur ;

d) Troisième surjet : surjet total antérieur ;

e) Quatrième surjet : séro-musculaire antérieur.

L'implantation est ainsi terminée. Le cœcum-côlon ascendant ne reçoit plus de matières fécales, le bout iléal inférieur est fermé. Toilette de la cavité abdominale, suture de la paroi : fil fort, suture en masse, pansement.

Les suites opératoires furent très simples. Le fonctionnement du tube intestinal se rétablit peu à peu. Les vomissements et les coliques disparurent et les selles reprirent leur cours normal au bout du troisième jour. La malade se déclarait très soulagée ; mais elle était d'une grande faiblesse ce qui n'a rien de surprenant avec les lésions constatées.

Les jours suivants apparut de l'ictère qui fit craindre une

période d'activité plus grande de la part du néoplasme hépatique. Le premier pansement fut fait le 27 mars, la plaie était réunie et l'abdomen en bon état. Les vomissements ont complétement disparu et les selles sont normales. La malade demande à rentrer chez elle le 28 mars, dix jours après l'intervention. Le médecin traitant, M. le docteur Royer, mon chef de clinique, la revoit fréquemment. L'état est le même, les phénomènes d'occlusion ont complétement disparu. Le cancer hépatique continue son évolution.

OBSERVATION IV

Tumeur de l'angle du côlon ascendant. Occlusion intestinale. Colo-colostomie (côlon transverse et côlon ascendant). Guérison opératoire. Mort rapide, de cachexie.

M. X..., 67, Les Forges.

Anastomose du côlon ascendant et du côlon transverse pour occlusion déterminée par tumeur fixée de l'angle colique droite.

Les accidents d'occlusion sont levés, mais le malade s'affaiblit peu à peu, présente du melœna, et meurt au bout de quinze jours en pleine cachexie.

OBSERVATION V (août 1903.)

Néoplasme de l'angle colique droit. Occlusion intestinale. Entéro-anastomose : Iléo-sigmoïdostomie. Anus artificiel.

Mme X..., de Longué (Dr Tardif).

Occlusion grave.

Opération. — En août 1903, anastomose de l'iléon avec l'angle sigmoïde, et anus artificiel de précaution, en raison de l'occlusion très intense et très grave. Guérison.

OBSERVATION VI (1er avril 1903).

Néoplasme du côlon ascendant. Entéro-anastomose par implantation double pour exclure le cœcum, par section de l'iléon avec implantation du bout supérieur dans le côlon transverse, et drainage à l'intestin iliaque par le bout inférieur. Guérison.

Julien J..., 27 ans, carrier, salle Saint-Luc, n° 4, entré le 31 mars 1903 ; sorti le 22 avril 1903.

Antécédents. — A. P... Pleurésie au régiment, dure deux mois. Il y a trois ans, coliques saturnines. Il y a deux mois, le malade ressent des douleurs bien localisées dans le flanc droit, vers le point de Mac Burney. Il continue néanmoins son travail.

Il y a un mois, le malade s'alite pendant 15 jours. Il perd l'appétit et maigrit de 15 kilos. Il éprouve dès lors, des alternatives de diarrhée et de constipation d'environ cinq jours pour chaque état. Jamais de vomissements.

Etat actuel. — Etat général assez bon.

Légère saillie du flanc droit appréciable à jour frisant. La palpation décèle en ce point l'existence d'une tumeur dure, bosselée, immobile sur les plans profonds ; cette tumeur, de la grosseur du poing, commence à la ligne médiane, se perd dans le flanc droit, plonge dans la fosse iliaque droite. En haut, elle s'arrête à peu près à hauteur de l'ombilic.

Elle présente deux saillies principales : l'une immédiatement au-dessus de l'arcade crurale, l'autre correspondant à la région ombilicale.

Les deux saillies sont séparées par une dépression assez nette.

Opération. — Intervention, le 1er avril 1903. Chloroforme. Lavage au savon, alcool, sublimé.

On constate que la tuméfaction est ferme, dure, squirrheuse et s'étend de la ligne médiane jusqu'à la ligne spino-ombilicale.

Incision sur la lige médiane de l'ombilic à la symphyse Ouverture du péritoine. On recherche la terminaison de l'iléon et on arrive à une anse intestinale adhérente. On attire cette anse d'intestin grêle paraissant être la terminaison de l'iléon.

Recherche du côlon transverse qu'on attire hors de la plaie. On saisit le bout inférieur avec une pince courbe. On recherche un endroit où se trouve une arcade vasculaire assez grande sur le mésentère ; on isole à l'aide de deux pinces un espace de 2 centimètres.

On sectionne complétement l'intestin, puis le mésentère, sur une longueur de 5 centimètres. Ligature des vaisseaux mésentériques.

Recherche du côlon transverse. On approche la section du bout supérieur de l'iléon du côlon transverse. On incise la musculo-séreuse et on fait un premier surjet séro-musculaire postérieur. Incision de la muqueuse ; 2° surjet muco-muqueux postérieur ; 3° surjet muco-muqueux antérieur ; 4° enfin, surjet séro-musculaire antérieur.

Recherche du côlon descendant. On attire l'S iliaque dans la plaie. On isole sur son bord convexe une zone de 5 centimètres, au moyen de pinces courbes. On fait une incision à la musculeuse. On approche le bout iléo-cœcal, et on le suture par un premier surjet postérieur. Incision de la muqueuse Surjet muco-muqueux postérieur. Surjet muco-muqueux antérieur. Surjet séro-musculaire antérieur. A chaque extrémité, on fait la ligature des surjets antérieur et postérieur.

Hémostase. Suture en masse de la paroi au crin de Florence.

Suites opératoires. — 1er avril 1903. — Le malade se trouve un peu fatigué du chloroforme. Durant cette première journée, il vomit un peu. Les douleurs de ventre sont assez vives. On lui fait prendre un peu de citronnelle avec de la glace, vers le soir. Le pouls est bon. L'état général paraît satisfaisant.

2 avril. — Le malade a peu vomi pendant la nuit. La douleur seule l'a empêché de reposer ; au matin, il se trouve mieux, peut prendre un peu de boisson par petites quantités. Dans le courant de la journée, il ne vomit plus du tout, mais demeure constipé.

Le soir, on lui donne un lavement qui fait échapper quelques gaz au grand soulagement du malade.

3 avril. — Le malade commence à prendre un peu de lait par petites quantités. Ce matin il a eu une selle, et les douleurs du ventre ont beaucoup diminué. Il n'y a plus du tout de vomissements. Le malade prend dans la journée trois tasses de lait, un peu de café, de la citronnelle.

4 avril. — La situation est excellente. Le malade commence à reposer paisiblement. Il prend davantage de lait, est moins somnolent et souffre moins. Le soir, selle à la suite d'un lavement.

5 avril. — Le malade commence à s'alimenter avec des bouillies très légères, un peu de bouillon. Son état est excellent.

Le 12 avril. — On enlève les fils. La plaie est en parfait état. Plus de vomissements. Durant les jours précédents, on a peu à peu augmenté la quantité d'aliments donnés au malade. Au sixième jour on lui permet le riz. Mais il ne prend encore ni viande, ni légumes. Il a peu d'appétit, et ne va à la selle qu'à l'aide de lavements.

Bien que le ventre soit toujours fort sensible à la pression, les douleurs spontanées ont complétement disparu. Les 12 et 22 avril, nouveaux pansements. Tout va bien.

Le malade sort le 22.

On remarque, au moment de son départ, que la tumeur du flanc a diminué de volume.

Les renseignements obtenus depuis confirment le diagnostic de tuberculose cœcale.

OBSERVATION VII

Exclusion unilatérale avec double implantation colique pour cancer du côlon ascendant et de l'angle colique droit.

Louis G..., cultivateur, âgé de 35 ans, entre à la clinique chirurgicale le 30 septembre 1903.

Les antécédents héréditaires ne nous apprennent rien d'intéressant.

Comme antécédents personnels, à l'âge de 15 ans, fièvre typhoïde légère qui dure environ quinze jours. A 30 ans, influenza avec phénomènes broncho-pulmonaires.

Histoire de la maladie. — Il y a huit mois, en février 1903, le malade éprouve des douleurs au-dessous du bord inférieur des fausses-côtes droites. C'est une douleur sourde, continuelle, avec quelquefois des crises d'exacerbation provoquées par les mouvements, en particulier quand le malade se baisse.

Dès ce moment, il commence à avoir un peu de diarrhée; ses selles sont au nombre de trois à quatre par jour, tantôt liquides, tantôt très molles; elles ne sont pas teintées de sang.

Au milieu de mars, il remarque une grosseur appréciable au niveau du point où il souffre.

En avril, ses matières sont teintées de quelques filets de sang; tantôt le sang est rouge rutilant, tantôt il a une teinte noirâtre. A ce moment, ses forces ont diminué et il cesse tout travail.

Le 30 mai. — En allant à la selle, il rend une grande quantité de sang qu'il estime au moins à un litre. Après cette hémorrhagie, il est obligé de s'aliter et reste pendant quelques jours dans une grande faiblesse.

Depuis ce moment, ses matières continuent à être teintées de sang, ses douleurs persistent et reviennent plus vives. Son appétit diminue et en trois mois il maigrit de 6 kilos. Le 29 septembre, dans la nuit, il a une crise douloureuse et 2 heures après, il rend une assez grande quantité de sang. Il entre à l'hôpital le 30 septembre au soir.

Etat actuel. — Le malade éprouve une douleur vive dans le flanc droit, douleur continuée, exagérée par les mouvements, la pression, l'ingestion des aliments et les efforts de défécation. Cette douleur s'irradie dans toute la partie droite de l'abdomen. Les selles sont liquides, noirâtres, au nombre de trois à quatre par jour. Pas de vomissements. Pas de ballonnement du ventre.

L'état général est précaire ; le malade est pâle, cachectique, amaigri. Il a maigri de 6 kilogrammes en trois mois.

A l'inspection, on note une saillie visible à jour frisant dans le flanc droit.

A la palpation, on détermine une douleur vive en un point limité, large comme une pièce de 5 francs, sur le bord externe du muscle droit et s'étendant un peu en dehors et en arrière. A ce niveau, on sent une tumeur grosse comme le poing, profonde, difficile à circonscrire, immobile. Cette tumeur est mate à la percussion. La matité qu'elle provoque est séparée par une bande de sonorité de la matité hépatique. Ganglions dans l'aine droite.

Opération le 3 octobre 1903. — Chloroforme. Lavage au

savon, alcool, oxycyanure. Incision sur le bord externe du muscle droit dont on ouvre la gaîne. Ouverture du péritoine. On arrive sur une tumeur du côlon ascendant et de l'angle colique, remontant jusque sous le foie, adhérente et absolument impossible à enlever. On se décide à faire l'exclusion de la tumeur et comme on pense que les manœuvres sont plus faciles par une incision sur la ligne médiane, on ferme la première incision par une suture en masse. Durée du temps d'exploration et fermeture : 15 minutes.

On procède à l'incision médiane ; incision au-dessus de l'ombilic de 10 centimètres ; ouverture du péritoine. On constate la présence de ganglions dans le mésentère. On prend l'iléon et, à 20 centimètres au-dessus du cœcum, on isole au moyen de deux pinces un intervalle de 3 centimètres sur l'iléon. Section transversale de l'iléon ; on isole les deux orifices de section au moyen de compresses aseptiques et on fait l'hémostase du mésentère dont on a sectionné deux arcades vasculaires. Sur le côlon transverse au moyen d'une pince courbe, on délimite une zone complétement isolée sur le bord inférieur. On fait au niveau de la bandelette inférieure du côlon transverse une incision d'environ 3 centimètres et on rapproche de cette section le bout supérieur de l'iléon sectionné et on fait un premier sujet séro-musculaire postérieur. Ouverture de la cavité du côlon transverse, deuxième surjet muco-muqueux postérieur, troisième surjet pénétrant total antérieur, quatrième surjet séro-musculaire antérieur. Ligature des deux surjets antérieur et postérieur aux deux extrémités de la suture.

On attire l'S iliaque dans la plaie et on isole au moyen d'une pince courbe une zone de 10 centimètres de long sur l'anse sigmoïde. On incise la tunique séro-musculaire et on approche

la section inférieure de l'iléon de cette incision : 1° surjet séro-musculaire postérieur. Ouverture de la cavité de l'anse sigmoïde ; 2° surjet muco-muqueux postérieur ; 3° surjet pénétrant total antérieur ; 4° surjet séro-musculaire antérieur. Ligature des deux surjets antérieur et postérieur aux deux extrémités de la suture. Suture en masse de la paroi au crin de Florence. Pansement. Durée de l'exclusion : 45 minutes. Durée totale de l'opération : 1 heure.

Suites opératoires. — 3 octobre. — Au soir, pouls 80, assez ample, régulier. Le malade n'a pas vomi, bien qu'il ait bu un peu d'eau. Il a rendu quelques gaz.

4 octobre. — Le malade a un peu de diarrhée. On lui donne trois centigrammes d'extrait thébaïque. Il prend un peu de lait et de bouillon. Il tousse un peu et est gêné par les gaz.

5 octobre. — Bouillon, café au lait, vin blanc. Il a rendu quelques gaz. Toux gênante. Respiration rude et soufflante à gauche, on lui met de la teinture d'iode.

Au soir, oppression pénible. Respiration toujours soufflante à gauche avec râles sous-crépitants à la base.

Expectoration de crachats gommeux, légèrement rouillés.

Potion à l'acétate d'ammonique. Pouls 95. T. 39°.

Une selle liquide.

6 octobre. — Un changement subit s'est produit. Le malade n'est plus oppressé ; la toux a presque complétement disparu T. 37°2. Pouls 68. Quelques râles humides à gauche, selles moins liquides. Le malade prend des laitages.

7 octobre. — L'amélioration s'accentue. Le malade prend des laitages et des œufs. Pour la première fois, ses selles ne sont plus liquides, mais molles.

9 octobre. — Etat excellent. Selles un peu teintées de sang.

Plus de toux, ni de gêne respiratoire. Le malade mange de la viande ; une côtelette et du poulet.

11 octobre. — On enlève les fils. Suture en bon état. Le malade s'assied sur son lit.

13 octobre. — Le malade se lève. Il va très bien. Son sommeil est excellent ; il mange avec appétit ; mais il a toujours un peu de diarrhée.

Les jours suivants, le malade se promène. Il va de mieux en mieux.

Le 16 octobre, au moment où il quitte l'hôpital, il a engraissé de 3 k. 500.

Les nouvelles reçues au 2 janvier 1904 sont bonnes.

OBSERVATION VIII

Cancer du côlon transverse. Occlusion intestinale aiguë. Premier temps : création d'un anus cœcal. Deuxième temps : résection du segment cancéreux. Troisième temps : fermeture de l'anus artificiel (Gazette des Hôpitaux, 13 novembre 1900. Pauchet d'Amiens).

Homme de soixante-cinq ans, ancien percepteur ; présente depuis quelques mois des périodes de constipation suivies de débâcles. Depuis quatre jours, occlusion intestinale complète. Des lavements restent impuissants.

Cinq jours après le début des accidents, je suis appelé auprès du malade. Vomissements fécaloïdes, pouls encore bon, ventre

très ballonné. J'opère séance tenante, avec mes confrères MM. Morel (de Vron), Franqueville (de Rue) et Caron (de Nouvion). La laparotomie médiane me permet de constater que le côlon iliaque est vide et que le cœcum est distendu. L'exploration du reste de la cavité abdominale est rendue impossible par la distension des anses. Je ferme la plaie médiane, et je fais une incision iliaque gauche. Je fixe le fond du cœcum par deux plans de sutures à la paroi. Incision de l'intestin. Débâcle abondante pendant deux jours.

Je revis le malade six semaines plus tard ; celui-ci avait engraissé de 10 livres et réclamait la fermeture de l'anus artificiel. Je palpai le ventre et je trouvai entre l'ombilic et le creux épigastrique une masse du volume d'un petit œuf, que je diagnostiquai : cancer du côlon transverse. La peau qui entourait l'anus artificiel était ulcérée. Pendant quelques jours, le malade fut pansé à la vaseline simple et à la poudre de talc.

Quand les téguments présentèrent leur aspect normal, je pratiquai la deuxième intervention. Par une incision médiane, je tombai de suite sur le côlon transverse et son segment infiltré. Je séparai ce dernier de ses attaches gastriques et mésocoliques, et sectionnai l'intestin à 3 centimètres de la portion indurée, en plein tissu souple et d'aspect normal. Ligature des artères du méso. Quand l'intestin fut enlevé, je me trouvai en présence de deux orifices de diamètre différent. Le bout afférent présentait une largeur normale, tandis que le bout efférent était en effet atrophié et réduit aux dimensions du doigt. Pour unir l'un à l'autre ces deux orifices de diamètres disproportionnés, je fendis le bout étroit, sur son bord libre, suivant la méthode de Chaput, et pus ainsi pratiquer une entérorrhaphie circulaire.

Quand j'eus appliqué une suture en deux plans, je vis que les tissus tiraillaient la ligne de réunion qui menaçait de couper. Je crus donc prudent de ne pas clore l'anus cœcal qui continuerait à dévier le cours des matières pendant la cicatrisation des tuniques intestinales. Quelques jours plus tard, je partis en vacances et ne pus opérer l'anus que cinq semaines après.

La fermeture de ce dernier s'exécuta sans difficulté. Le volume de l'ampoule cœcale est tellement supérieur à celui du reste de l'intestin qu'on peut exciser largement et suturer sur une large étendue, sans craindre le rétrécissement de l'intestin.

La cavité cœcale étant bourrée de gaze, je circonscrivis l'ouverture par une incision losangilique et pénétrai dans la cavité abdominale. Saisissant les deux lèvres de l'ouverture avec les mors d'une pince de Museux, j'attirai hors du ventre l'anus artificiel et le cœcum. Je séparai ce dernier de ses adhérences. Les tissus provenant de la paroi furent excisés, et les deux lèvres de l'ouverture intestinale fermées par un surjet à points passés, prenant toute l'épaisseur des tuniques. Un deuxième rang de sutures fut placé au-dessus du premier.

Réunion de la paroi abdominale en un plan, aux crins de Florence. Drain de caoutchouc pendant trois jours. Guérison complète en deux semaines.

Le malade a été présenté à la Société médicale de Picardie, à la séance d'octobre. Il est actuellement en excellent état.

La tumeur, examinée par M. Moygniez (de Villepoy), est un épithélioma cylindrique.

OBSERVATION IX

Exclusion unilatérale des côlons transverse et ascendant après résection d'une tumeur du côlon descendant (*in* thèse de Lance).

M. R..., 52 ans, s'est aperçue, au mois d'avril 1902, de la présence d'une tumeur dans le flanc gauche.

Quelques semaines après, survenaient des troubles digestifs caractérisés par des douleurs abdominales très vives, au moment de l'ingestion des aliments, de la diarrhée, de la perte de l'appétit. Disparition des forces, amaigrissement de 9 kilogrammes en 5 mois. Pas de vomissements.

Au mois de septembre, elle consulte un médecin qui fait le diagnostic de tumeur de l'intestin et l'envoie au professeur Monprofit à Angers.

Opération le 31 octobre 1902. — Anesthésie, chloroforme. Incision verticale, en dehors du droit, sur la tumeur.

L'adomen ouvert, on constate : que la tumeur siège sur la partie moyenne du côlon descendant, qu'elle présente le volume du poing, et qu'elle peut être enlevée. L'épiploon est très adhérent à la tumeur et a abaissé le côlon tranverse, le rapprochant du néoplasme ; on sent dans l'épaisseur de l'épiploon quelques ganglions infiltrés. On commence par réséquer l'épiploon dans ses parties saines et on en fait l'hémostase. On procède ensuite à l'ablation du néoplasme.

Deux pinces élastiques sont placées à cinq centimètres de la tumeur. Le bout inférieur est enveloppé dans une compresse

aseptique et rejeté sur le côté de l'abdomen. Section du mésocôlon dans la zone correspondant à la tumeur. Hémostase. Application de deux pinces en amont de la tumeur et section de l'intestin à un bon travers de main au-dessus du néoplasme. Fermeture des deux orifices par un double surjet. La continuité de l'intestin est rétablie de la façon suivante : la partie inférieure du côlon descendant est anastamosée sur une longueur de 5 centimètres avec le côlon ascendant par une suture latérale à quatre plans.

On a donc exclu la partie supérieure du côlon ascendant et le côlon transverse. Toilette de l'abdomen. Surjet de fil fin sur le péritoine. Suture des parois musculaires et cutanées au crin de Florence.

La tumeur présente à l'intérieur des ulcérations profondes et la paroi intestinale est très amincie en quelques points. Examen histologique ; épithélioma-cylindrique.

Les suites opératoires furent normales et la convalescence simple et rapide. Les douleurs disparurent, l'appétit revint et les selles se firent normalement. Au bout de 4 semaines le poids était remonté de 4 kilog 1/2, lorsque la malade rentra chez elle. Depuis les nouvelles sont excellentes.

Depuis que cette observation a été publiée dans la thèse de Lance, M. Monprofit a eu tout dernièrement des nouvelles de son opérée. Cette malade a eu une récidive de son néoplasme environ un an après la première intervention. Une tumeur volumineuse s'est reproduite dans le flanc gauche. Elle a commencé à maigrir, à s'affaiblir et elle a finalement succombé à la cachexie cancéreuse. Or, il est très remarquable, et il est intéressant de le noter, que, de l'avis du confrère qui lui a donné ses soins éclairés, la malade, dans la seconde phase de sa mala-

die, n'a jamais présenté jusqu'à la fin le moindre trouble des fonctions intestinales, pas la moindre constipation. Elle a été à la selle facilement jusqu'à sa mort et n'a, par conséquent, pas été reprise d'occlusion intestinale. Il est donc certain que le nouvel abouchement fait par M. Monprofit a persisté pendant toute la survie et a permis un cours normal des matières.

OBSERVATION X

Tumeur du côlon descendant. Occlusion intestinale. Résection du côlon descendant avec suture circulaire bout à bout. Guérison. Récidive sur place. Nouvelle occlusion intestinale. Sigmoïdo-colostomie ascendante. Guérison opératoire.

M. le Dr F..., âgé de 70 ans.

Opération. — Première intervention. Résection, en pleine occlusion d'une tumeur du côlon descendant et réunion bout à bout par suture circulaire. Guérison.

Au bout de 18 mois, récidive sur place et nouvelle crise d'occlusion intestinale.

Deuxième intervention. Entéro-anastomose entre le côlon ascendant et l'anse sigmoïde.

Guérison de l'occlusion intestinale. Mort cinq mois après, de cachexie. Fonctionnement parfait de l'anastomose, jusqu'à la mort.

OBSERVATION XI (6 mars 1903).

Néoplasme du côlon descendant. — Sigmoïdo-colostomie transverse (entéro-anastomose sur le gros intestin). — Guérison.

Mme T... Anne, âgée de 62 ans, ménagère, de Beaufort, entrée salle Sainte-Monique, lit n° 17, le 7 mars 1903, sortie le 23 mars 1903.

Antécédents. — Réglée à 15 ans, très régulièrement, trois enfants. Ménopause à 51 ans. Depuis environ cinq ans, a souvent des indigestions. Depuis 18 mois surtout, elle a souvent des coliques durant quelques minutes.

A la fin de décembre elle est prise d'une violente crise de coliques avec constipation qui durent environ un jour.

Dans la nuit du 1er janvier, crise violente qu'on calme par la morphine. Depuis, amélioration ; la malade reprend son travail ; mais depuis huit jours, les douleurs sont revenues extrêmement vives.

Etat actuel. — Actuellement, douleurs continues avec crises revenant surtout le soir. Les douleurs commencent dans la fosse iliaque gauche et s'irradient dans tout l'abdomen et les reins. Elles ne sont pas calmées par le repos et s'exagèrent par les mouvements, la pression ; constipation opiniâtre. La malade ne va à la selle que par lavements. Ses matières sont tantôt aplaties, tantôt sous forme de filaments très ténus. Pas de melœna. Miction facile. Pas de perte de sang. Amaigrissement depuis quelques mois. Appétit diminué ; répugnance pour la viande.

A la palpation, masse dans la fosse iliaque gauche, du volume du poing, allongée, résistante, mobile latéralement, submate à la percussion superficielle, sonore à la percussion profonde. Toucher rectal, rien. Ganglions inguinaux gauches.

Opération. — Intervention le 7 mars 1903. Chloroforme. Lavage au savon, à l'alcool et au sublimé. Incision sur la ligne médiane du pubis à l'ombilic. Ouverture de la cavité abdominale.

On constate tout d'abord un peu d'ascite et une tumeur très adhérente, assez étendue, du côlon descendant. On attire le côlon transverse dont on isole la paroi supérieure du néoplasme On a approché l'S iliaque ; on les anastomose. On fait un premier plan séro-musculaire, puis deux plans muco-muqueux, un postérieur et un antérieur. Troisième surjet enfouissant tous les autres. Suture au crin. Pansement aseptique.

Suites. — La malade va très bien. Pas de vomissements, pas de douleurs, pas de température. Selles par lavements. La malade commence à manger le 13. Fils enlevés le 16 mars. La paroi va parfaitement. La malade sort en parfait état le 23 mars 1903. Elle ne souffre plus et a fort bonne mine.

OBSERVATION XII

(*In* thèse de Lance).

Exclusion unilatérale du côlon transverse et descendant après résection d'un cancer du cœcum, 1903 MORESTIN.

F. L..., 32 ans. Etant au régiment a reçu dans le flanc droit un coup de pied de cheval. Il a dû s'aliter plusieurs jours. La fosse iliaque droite est restée longtemps douloureuse. La maladie actuelle a débuté il y a deux ans par des troubles digestifs et des crampes nocturnes dans les jambes. Il y a 18 mois des douleurs apparaissent dans la fosse iliaque droite sous forme de crises. Ces crises étaient très irrégulières. Leur durée ne dépassait pas dix minutes, c'était une colique débutant dans le flanc droit et se généralisant à tout l'abdomen. La constipation s'est établie depuis décembre 1902. Les selles contenaient quelquefois du sang noirâtre. Elles étaient toujours horriblement fétides. Amaigrissement progressif. Le malade entre une première fois au service de l'isolement le 2 janvier 1903 pour une crise douloureuse plus accentuée que les précédentes et ressemblant à une crise d'appendicite. Le malade est constipée le ventre un peu ballonné, mais il n'a pas de défense musculaire et on perçoit une masse dure, arrondie, peu douloureuse dans la fosse iliaque droite. Le malade s'améliore très vite et sort le 14 janvier. En raison des progrès de l'amaigrissement et de la continuation des douleurs, il entre de nouveau

dans le service le 29 mars 1903. On porte le diagnostic de tumeur cœcale probablement tuberculeuse et on se propose de l'enlever ou de l'exclure. Le 8 avril, M. Morestin. Laparotomie. Après section de l'iléon en tissu sain, fermeture du bout proximal, on fait une anastomose iléo-sigmoïdienne latéro-latérale. La tumeur semble extirpable. On procède à son ablation. En dégageant la face postérieure et les ganglions qui y adhèrent on dénude l'uretère et on fait une petite perte de substance au duodénum. On la comble de suite. Section du côlon ascendant. Fermeture incomplète de la paroi. Malgré le sérum à dose massive et les excitants, le malade ne se remet pas du shock et meurt le 12 avril. L'examen de la pièce montre un cancer iléo-cœcal étendu à la partie inférieure du côlon ascendant.

OBSERVATION XIII

Exclusion unilatérale du gros intestin pour cancer du cœcum. Extirpation consécutive. Guérison. (*Morestin. In* thèse de Lance).

Mme M..., 46 ans. Entre le 23 juillet à l'isolement à l'hôpital Saint-Louis. Pas d'enfants. Ménopause. Cette malade a déjà été opérée depuis une dizaine d'années trois ou quatre fois par M. Richelot. Il s'agissait d'une suppuration de la fosse iliaque droite dont elle se plaint de souffrir encore. Toute la partie sous-ombilicale droite de son ventre présente une déformation considérable. C'est une triple hernie des cicatrices ancien-

nes. A leur niveau la peau cicatricielle est très mince. Ces trois hernies se réduisent facilement et complétement, laissant des sacs flétris formés par la peau cicatricielle très mince. Au-dessus de l'arcade crurale, tout près, s'ouvrent deux fistules laissant écouler du pus en assez grande abondance. Le stylet s'y enfonce transversalement de 2 ou 3 centimètres, On pénètre dans un diverticule et non dans le trajet principal. Au-dessus de ces fistules, à droite des hernies, remplissant la fosse iliaque, est une masse allongée, en forme de boudin cylindrique, long de 10 centimètres à extrémité supérieure arrondie. Tumeur de consistance très ferme, ligneuse. Immédiatement sous la peau, elle semble lui adhérer. Elle ne semble un peu mobile que transversalement. La masse est absolument indolore. On n'a jamais noté de phénomènes intestinaux.

On ne trouve ni mal de Pott ni suppuration articulaire. La tumeur est-elle un simple amas épiploïque ? Est-ce le résidu d'une ancienne appendicite ?

Rien aux organes génitaux. Appétit bon. Malgré cela, état général médiocre. C'est une malade très nerveuse et difficile,

2 août 1901. *Première intervention.* — Un coup de ciseau réunit les deux fistules. On tombe dans une loge sous-cutanée que l'on curette avec soin. Au fond, un petit pertuis s'enfonce de 10 centimètres. Le stylet qui s'y engage suit donéravant les mouvements de la tumeur. On incise alors la paroi le long de l'éventration. On dissèque prudemment en se guidant sur le trajet fistuleux. La tumeur très péniblement découverte est formée par un assemblage complexe d'épiploon, du cœcum et de côlon, probablement le côlon transverse prolabé. L'extirpation totale semble impossible. On se décide à un pis aller. On

fend la tumeur. Elle contient une cavité remplie de bouillie caséeuse d'où partent les diverticules. L'un d'eux va dans le mésentère, un autre dans le mésocôlon, un troisième passe sous le cœcum. Rien de cela ne ressemble à l'appendicite. Le tout est curetté, lavé à l'éther et à l'eau phéniquée. La masse se trouve séparée en deux moitiés, une supérieure comprend le côlon et une anse grêle, une inférieure le cœcum et une autre anse. Ces deux masses sont fixées aux bords de la plaie par des points de catgut. La cavité est drainée avec des mèches placées avec soin dans les diverticules.

Les suites sont excellentes pendant quatre jours. Le 10 août, on la trouve les mains froides, la respiration rapide. Le pouls à 104. Dans la journée évacuation abondante de matières fécales par la plaie. Le lendemain la malade est bien mieux, mais toutes les matières fécales sortent par la plaie.

1er septembre 1901. *Deuxième opération.* — Laparotomie médiane avec débridement à droite. On a beaucoup de mal à s'orienter.

L'épiploon est adhérent, le côlon transverse énorme et rempli de scybales. On anastomose latero-latéralement avec sutures la dernière anse libre de l'iléon à l'anse sigmoïde, puis on sectionne l'iléon entre le cœcum et l'anastomose et on ferme les deux bouts. Durée, deux heures. Un drain laissé 24 heures.

Les suites sont très simples. Il ne passe ni gaz, ni selles par les fistules. Dès le lendemain des gaz sortent par l'anus naturel. Un lavement provoque une selle. La malade sort après la cicatrisation de sa laparotomie. L'état général reste bon pendant longtemps. La malade ne souffre pas. L'état général se remonte rapidement. Les fonctions digestives sont normales, les selles faciles et quotidiennes. Pas d'hémorrhagie. La tumeur diminue

manifestement. Les fistules se ferment complétement puis se rouvrent. Finalement, elles se couvrent de gros bourgeons charnus exubérants, et émettent une suppuration très fétide.

Elle entre dans le service le 3 octobre 1901. Il est évident qu'un cancer s'est développé dans l'intestin exclus. Préexistait-il à l'intervention d'exclusion? ou a-t-il pris naissance postérieurement? M. Morestin incline vers la première hypothèse et fait remarquer que l'exclusion a singulièrement modifié et retardé la marche du cancer.

Actuellement, la tumeur grosse comme les deux poings occupe toute la fosse iliaque, remonte dans le flanc droit, adhérente à la paroi qui est envahie sur une notable étendue. Un petit noyau pariétal avoisine cette adhérence. Pas d'adénite inguinale.

Une biopsie montre que les bourgeons qui entourent les fistules sont de l'épithélioma mucoïde.

9 octobre 1901. — Troisième opération. Une incision en losange circonscrit la portion de la paroi envahie. La dissection de la face antérieure est très pénible à cause des adhérences de l'épiploon, de la graisse sous péritonéale très abondante, de vieilles travées fibreuses; on a beaucoup de mal à s'orienter dans l'abdomen. Enfin on sectionne le côlon transverse. Puis gagnant en dehors et en bas on détache la terminaison de l'iléon en coupant son mésentère; on dissèque ensuite le côlon ascendant très adhérent en arrière. On coupe le pédicule utéro-ovarien.

On est obligé à ce niveau de disséquer l'uretère, et les veines iliaques primitives et externes. Enfin le cœcum est détaché à son tour. On pratique l'hémostase, puis on ferme la paroi. On a beaucoup de mal à cause de la large perte de substance et en cette circonstance, l'éventration a été providentielle. On tam-

ponne la fosse iliaque avec deux mèches Un drain. Durée une heure.

Les suites sont très bonnes. Après quatre ou cinq jours, la température s'élève et finalement il se produit l'issue de matières fécales par le trajet des mèches. Ce sont des matières épaisses et concrètes, venues sûrement du gros intestin. Il est évident que l'anastomose fonctionne très bien depuis l'opération et qu'il y a eu un reflux vers le bout du côlon transverse. Sous la poussée des matières en ce point le bout s'est défoncé. Cette issue des matières est passagère. L'état général devient rapidement très bon. Le 24 octobre les fils sont enlevés, réunion par première intention de la plaie. Il ne reste qu'une fistulette à l'emplacement du drain. Celle-ci secrète à peine et finit par se fermer dans le courant du mois d'avril 1903.

OBSERVATION XIV

Extirpation d'un cancer sygmoïdien Implantation du côlon transverse dans le rectum. Exclusion temporaire bilatérale ouverte du côlon descendant. De Quervain, n° 114.

(In thèse de Lance).

J..., femme de 50 ans. Hernie inguinale gauche, prolapsus et rétroflexion.

29 juin 1901. — Opération, cure radicale de la hernie. Laparotomie, on trouve au fond du Douglas un cancer de l'anse sigmoïde. Extirpation, on ne peut réunir les deux bouts de l'S iliaque, on sectionne alors le côlon transverse entre deux ligatures, son bout distal est fermé. Ainsi se trouve exclus tout

le côlon descendant et la partie supérieure de l'anse sigmoïde, l'extrémité distale de cette anse exclue est abouchée à la paroi. Puis le côlon transverse est invaginé dans le rectum et suturé à l'anus, tamponnement à la Mikulicz dans le Douglas. Dans les jours suivants un peu de matières fécales passent par la paroi abdominale, mais la plus grande partie passe à l'anus. Après l'élimination d'un bout de muqueuse par l'anus on observe un peu de sténose qui est combattue par les dilatations. La malade sortie de l'hôpital le 30 août revient le 16 octobre pour obstruction intestinale.

21 octobre. — Laparotomie, ablation de l'anse exclue, l'occlusion vient de ce que le grêle s'est engagé sous l'arcade du méso-côlon transverse et s'y est étranglé, on débride ce méso, qu'on aurait dû sectionner à la paroi abdominale postérieure. Guérison.

OBSERVATION XV

(*In* thèse de Lance).

Exclusion unilatérale du gros intestin pour une tumeur de la partie fixe du côlon iléo-pelvien, 1903. Jaboulay n° 151.

Malade présentant des troubles intestinaux depuis six mois. Un mois avant son entrée, obstruction intestinale aiguë qui cède à des purgatifs. Alternatives de constipation et diarrhée. Selles sanguinolentes. Malade pâle, amaigri, présentant une tumeur volumineuse de la fosse iliaque gauche. Autour d'elle, empâtement diffus. Le malade perçoit par moments des ondes péristaltiques. 8 janvier M. Jaboulay pratique un anus cœcal. Ces-

sation de la constipation et de la douleur. Le malade réclame la suppression de son anus. 27 janvier, laparotomie. On trouve une tumeur inextirpable du côlon iliaque. Section de l'iléon à 10 centimètres du cœcum. Fermeture du bout cœcal. Le bout supérieur est implanté avec un bouton de Jaboulay dans le côlon sigmoïde, au-dessous de la tumeur. Suites normales. L'anus cœcal ne donne plus qu'un peu de sécrétion intestinale. Mais la diarrhée s'est installée d'une façon continue. Elle est jugulée par le bismuth et l'opium. Si ces médicaments ne suffisent pas, M. Jaboulay se propose par une nouvelle intervention de faire passer les matières dans le gros intestin, dans sa portion saine, complétement séparée de la partie malade.

OBSERVATION XVI

1899. Helferich, *in* Thèse Wilhelm Ammer, n° 149.
(*In* thèse de Lance).

Cancer de la portion initiale de l'anse sigmoïde avec perforation dans la vessie. Anastomose entre le côlon transverse près du côlon descendant et la partie terminale de l'anse sigmoïde. Rétrécissement des deux parties adjacentes de l'intestin exclu, mort par péritonite.

Souffrait depuis cinq semaines de douleurs abdominales et de constipation. Il y a quatre semaines urines deviennent troubles. On sent par le palper, le toucher vaginal et rectal, une tumeur de la grosseur du poing, située derrière la symphyse et un peu mobile. Le cathétérisme amène de l'urine sale mélangée de matière fécales. 28 novembre. Intervention. Helferich

pratique une laparotomie latérale. On trouve une tumeur de la partie supérieure et l'anse sigmoïde de la grosseur d'une pomme et adhérente à la vessie. On juge l'extirpation impossible. On pratique un anastomose du côlon transverse avant l'angle splénique et du début de l'anse sigmoïde. Cette anastomose latérale est faite au bouton de Murphy. On ne sectionne pas l'anse exclue, on se contente de rétrécir fortement sa lumière près de la bouche anastomotique, au moyen de sutures à points séparés. Tout va bien jusqu'au septième jour, dans la nuit, douleur violente, température 39°, pouls 124, mort le huitième jour.

A l'autopsie on trouve une péritonite putride, due à ce que la suture anastomotique a cédé au moment de la chute du bouton.

OBSERVATION XVII

Cancer de l'anse sigmoïde. Occlusion intestinale aiguë. Création d'un anus iliaque. Puis quatre semaines plus tard, résection d'un segment colique comprenant la tumeur et l'anus artificiel (Gazette des Hôpitaux)-

(13 novembre 1900. Pauchet d'Amiens).

Homme de 77 ans, ancien greffier, se plaint depuis deux mois d'accidents d'occlusion passagère. Selles sanguinolentes. M. Thomas (de Montdidier) n'ayant pas senti de cancer au toucher rectal, conseille au malade une laparotomie exploratrice. Cet homme refuse l'intervention chirurgicale se trouvant « trop vieux pour subir un examen aussi pénétrant », et attend pour se décider qu'une nouvelle série d'accidents reprenne.

Cette fois l'occlusion est complète et ne cède pas aux grands lavages intestinaux. Je vis donc ce malade une nuit du mois d'août. Il venait d'émettre un vomissement abondant, fécaloïde, le ventre était tendu et je décidai de suite la création d'un anus artificiel. La saillie de l'abdomen était tellement prédominante dans le flanc gauche que je n'hésitai pas à faire le diagnostic de cancer de la fin du côlon et à poser l'indication d'un anus iliaque. Je fis donc à gauche une incision courte, par laquelle mon index ramena une anse colique surdistendue et brusquement étranglée au niveau d'une masse dure, du volume d'un œuf, qui infiltrait les parois. Cette masse était mobile et je pus attirer l'anse cancéreuse au dehors ; je regrettai que les conditions déplorables de lumière et de milieu ne me permissent pas de réséquer le tronçon sigmoïde qui s'offrait si complaisamment. Je fis un anus artificiel immédiatement au-dessus de la tumeur. Débâcle pendant plusieurs jours.

Cinq semaines plus tard, le malade vint à Amiens pour subir la résection de son côlon sigmoïde.

Intervention le 1er octobre. — Incision de 10 centimètres se dédoublant pour circonscrire l'anus artificiel. Le péritoine étant ouvert, j'attirai hors du ventre l'anse malade et l'orifice artificiel.

Je me portai d'abord sur la partie saine du côlon située au-delà de la tumeur, constatant la laxité de l'anse sigmoïde je sectionnai loin du népolasme le gros intestin. J'incisai le méso assez loin de l'intestin, car ce ligament paraissait induré sur la hauteur de quelques centimètres.

La section supérieure de l'intestin fut pratiquée à 1 centimètre environ au-dessus de l'anus artificiel. L'hémostase du mésocôlon fut assez délicate.

Longueur du bout réséqué : 13 centimètres. Je réunis bout à bout les deux extrémités intestinales par une entérrorhaphie circulaire.

Fermeture de la paroi abdominale en un plan aux crins de Florence. Drainage pendant trois jours. Guérison complète en quinze jours.

La pièce sur laquelle on pouvait voir le néoplasme et l'anus artificiel a été présentée à la Société médicale de Picardie en octobre 1900.

CONCLUSIONS

1° L'anus contre nature n'est jamais dans les cancers du gros intestin, quels que soient leur étendue et leur siége, un procédé de choix. Il doit toujours être un procédé de nécessité.

2° L'exclusion simple ou double, comme la pratique le professeur Monprofit, dans les cancers inopérables, doit toujours lui être préférée. L'entéro-anastomose de Maisonneuve, qui n'est souvent, somme toute, qu'une exclusion partielle, peut également rendre des services de préférence à l'anus, dans les cas très urgents.

3° L'entérectomie est et demeure la méthode de choix chaque fois que le cancer du gros intestin est extirpable. Elle seule peut assurer la guérison totale définitive.

4° Après entérectomie pour cancer, il ne faut pas rétablir la continuité du gros intestin, par entérorrhaphie circulaire, ou par entéro-anastomose par abouchement latéral, et cela, même dans les cas où ces modes d'union sont faciles à faire ; mais bien pratiquer l'entéro-anastomose par implantation à distance. Comme l'a bien montré le professeur Monprofit, c'est la méthode de choix à préconiser désor-

mais dans les cas de tumeurs malignes du gros intestin. Elle rend la récidive, qu'en pratique il faut toujours craindre, presque inoffensive pour la bonne circulation future des matières.

5° L'exclusion, est encore un procédé de choix dans certains cas particuliers d'entérectomie en plusieurs temps. Elle possède tous les avantages de l'anus contre nature sans en avoir les inconvénients, et mieux que lui, elle permet à la lésion, par le repos complet qu'elle donne à l'anse malade, de marcher rapidement vers cet état d'euphorie qui la rendra extirpable.

L'exérèse sera simple et rapide lors de la cure radicale, puisque la circulation intestinale est d'avance rétablie par l'exclusion pratiquée jadis. L'anus contre nature nécessite au contraire deux temps opératoires, une série d'interventions parfois infructueuses.

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu : le Président de la thèse
TILLAUX

Vu et permis d'imprimer,
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Allingham (H.). — London clinical society, 3 mars 1893.

— Résection de l'angle sigmoïde (The Lancet, p. 315, 30 janvier 1897).

Annequin. — Iléo-colostomie pour cancer iléo-cœcal. Arch. de méd. et Pharm. Paris, 1901, XXXVII, 177-198.

Baracz (Von). — Sur un cas de cancer de l'angle splénique du côlon. Indépend. méd. Paris, 1897, III. 1-3.

Baum (de Dantzig). — Vorschrift der med. Berl. 1884, p. 793

— Résection du côlon ascendant (Centralblatt für chir. 1879, T. VI, p. 69, nº 11.

Bergmann (Von). — Extirpation d'un cancer du côlon descendant, Berl. Klin. Woch., 18 juin 1888.

Billroth. — Soc. imp. roy. de Vienne, 31 oct. 1890.

— Darms. Resect. und Enterorrh, 1878-1883 (Mit. von. Ernest Ibner. Zeitsch. f. Keilk, Prag. 1884, p. 83-108.)

Boas. — Deutsche Med. Wochenschr. Leipz. u. Berl., 1900, XXVI, 115-117, 130-132.

Boeckel (J.). — Résection du gros intestin. Ass. franç. pour l'avanc. des Sciences, 1901. Ajaccio. C. r. 8e Paris, 1902.

Bovis (R. de). — Le cancer du gros intestin rectum excepté.

Rev. de chir., Paris. 1900, XXI, 673-711. 4 tabl.

— Rev. de chir. Paris, 1900, XXII, 49-99, *id.* 201-220, *id.* XXII, 528-553, 677-714, 773-818.

Brin (H.). — Cancer du gros intestin. Considérations techniques sur son exérèse. Arch. méd. d'Angers, 1901, V. 283-295.

Chaput. — Résection du cœcum. Mém. Soc. de chir., de Paris, 1901, XXVII, 674-675.

— Résection du cœcum. Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris, 1901, XXVII, 768.

Charrier. — Anastomose iléo-sigmoïde (Rapp. de M. Tuffier) Bull. et Mém. Soc. de chir., de Paris. 1900, XXIV 924-929.

Christoff (S.-M.). — Sur le traitement curatif du gros intestin. Montpellier. Imp. Delord. Bœhm et Martial, 1901, 8o, no 35, 67 p.

Curschmann (H.). — Munchen med. Wochenschr. 1901, XLVIII, 1907-1910.

Crow (W.-J.). — And Buist (R.-C.). Cancer of the transverse colon. Scottish M. a S. J. Edimb., 1902, XI, 147-150.

Duval. — Traitement chirurgical du cancer du gros intestin. Thèse de Paris, 1902.

Finger (Ch.). — Double cancer du côlon descendant (Journ. of. Ann. assoc., p. 606, 27 oct. 1888).

Gallet. — Modification à la colostomie iliaque. Ann. Soc. Belge de chir., Brux., 1900, VIII, 96-98.

Gérard-Marchant. — Chirurgie du gros intestin. Paris, Octave Doin, 192.

Giordano (D.). — De l'exclusion du côlon dans le traitement du

cancer du cœcum, XIII[e] Cong., intern. de Méd. Sect. de chir. génér., 1900. Paris 1901. Compte-rendu, 774-775.

Goulliod. — Cancer du cœcum et cancer de l'S iliaque, six cas d'entérectomie, XIV[e] Cong. Franç. de chir., Proc. verb., Paris, 1901. 529-549.

— Cancer du cœcum et cancer de l'S iliaque. Rev. de Gynéc., Paris, 1902, VI, 109-130.

Hartmann (H). — Technique de la colostomie dans le traitement de certaines tumeurs inopérables du rectum. Rev. de chir., Paris, 1900, XXII, 613-620.

Hochenegg. — Sem. méd., 9 sept. 1891.

Jaboulay. — Lyon méd., 11 nov. 1894 et 1898.

Jalaguier (Ad.). — In Traité de chirurgie (Duplay et Reclus). T. VI, p. 473-481.

Kummer (E.). — Extirpation du côlon ascendant pour cancer ; iléo-colostomie latérale, suivie d'exclusion du cœcum (Rev. de méd. de la Suisse Rom. Genève, 1898, XVIII, 264-269)

Lardennois (H.). — Cancer du gros intestin (Rev. gén.). Gaz. des Hôp. Paris 1900, LXXII, 161-169. Thèse de Paris, 1898.

— Cancer du cœcum. Union méd. du Nord-Est, Reims, 1900, XXIV, 200-201.

Mauclaire. — Considération sur la forme et les moyens de fixité du côlon transverse, déductions opératoires. Bull. Soc. anat. Paris, 1896, 600-613.

Mauclaire et Godeme. — Sarcome globo-cellulaire de l'anse iléo-cœcale. Exclusion (Bull. de Soc. de Pediat. Paris, 1902, 274-283).

Monprofit. — XIVe Congrès Français de chirurgie. Discussion. Procès-verbal. Paris, 1901, 529-549.

— Congrès de chirurgie du 26 oct. 1901.

— Revue de Chir. T. II, p. 560.

— XVIe Congrès de Chirurgie. Rapp. 19 oct. 1903.

— Chirurgie du gros intestin, 1904.

Morestin (H.). — Cancer du gros intestin. Occlusion intestinale. Bull. et Mém. Soc. anat. de Paris 1900. II, 847-852.

— Cancer du côlon pelvien. Bull. et Mém. Soc. anat. de Paris, 1901. III, 589-590.

Morisson (I.-T.-J.). — Excision of the cœcum. Birmingh. M. Revue, 1900. XLVII, 193-200.

Pauchet. — Cancer de l'S iliaque. Occlusion. Opération en deux temps. Gaz. Méd. de Picardie. Amiens 1900. XVIII, 240-241.

— Soc. de chir. de Paris, mars 1902.

Peyrot. — Thèse agrégation. Paris 1880.

Poirier. — Cancer iléo-cœco-colique. Bull. et Mém. Soc. de chir., Discussion. Paris 1901, XXVII, 10.

Quénu. — Soc. de chir., octobre, novembre 1898.

Rendu (H.). — J. de Méd. int. Paris 1900. IV, 605-608.

Reverdin. — Arch. prov. de chir., année 1893, p. 25.

— Epithéliome du gros intestin. Résection. Guérison.

Riedel. — Traité de chir., du cancer du gros intestin (Deut. Med. Woch., n° 15, 1886).

Schwartz. — Résection iléo-cœcale. XIIIe Congr. internat. de Méd. Sect. de chir. générale. Paris 1900. Paris 1901. Compte-rendu, 693-698.

Souligoux (C.-H.). — Note sur trois cas de cancer du gros

intestin. XIV[e] Congr. de chir., Proc. verbal (etc.). Paris 1901, 526-529.

Terrier. — Colo-colostomie pour rétrécissement.

Terrier et Baudoin (M.). — La suture intestinale.

— (Histoire des procédés d'entérorrhaphie). Paris 1898.

Tillaux. — Traité de chirurgie clinique. T. II, p. 173.

Vautrin. — Traitement chirurgical des tumeurs du gros intestin (rectum excepté). Assoc. Franç. de chir., Paris 1887. XI, 432-458.

Wœlfler (de Vienne). — De la résection de l'intestin grêle et du gros intestin (2[e] Congr. de la Soc. de Chir., Allem. Berlin, 4-7 avril 1883).

Imp. de la Faculté de Médecine, H. JOUVE, 15, rue Racine, Paris.